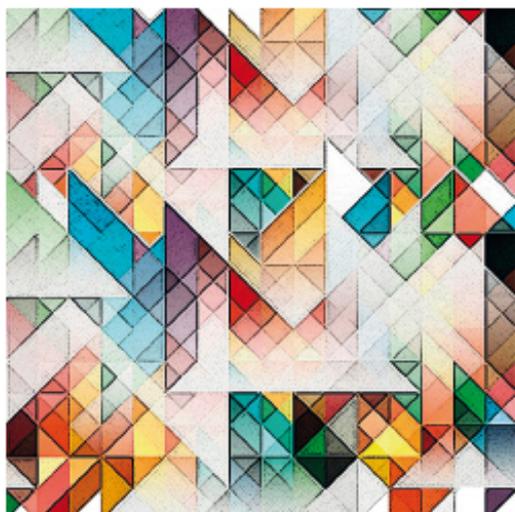


Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires



Magdalena Chiara
(compiladora)

Ana Ariovich, Magdalena Chiara,
María Mercedes Di Virgilio, Carlos Jiménez, Javier Moro



SALUD, POLÍTICA Y TERRITORIO
EN EL GRAN BUENOS AIRES

Magdalena Chiara (compiladora)

Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires

Ana Ariovich
Magdalena Chiara
María Mercedes Di Virgilio
Carlos Jiménez
Javier Moro



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires / Ana Ariovich ... [et.al.] ; compilado por Magdalena Chiara. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2012.

256 p. ; 21x15 cm. - (Política, políticas y sociedad; 12)

ISBN 978-987-630-136-7

1. Sanidad Pública. I. Ariovich, Ana II. Chiara, Magdalena, comp.
CDD 363.72

Fecha de catalogación: 09/08/2012

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2012

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7578

ediciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/ediciones

Diseño y diagramación:

Andrés Espinosa y Daniel Vidable - Departamento de Publicaciones - UNGS

Corrección: Gustavo Castaño



Licencia Creative Commons 4.0

Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd)

Índice

Presentación.....	11
Capítulo 1. Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local	
<i>Javier Moro</i>	17
Presentación	17
I. El análisis de la implementación de políticas sanitarias.....	20
II. La gestión local en salud como ámbito de análisis.....	25
III. Algunas consideraciones respecto al desempeño de los sistemas de salud.....	30
IV. La cuestión sanitaria en la gestión local y su estudio a partir de casos: las coordenadas metodológicas de la investigación.....	34
Bibliografía.....	40
Capítulo 2. Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires	
<i>Javier Moro</i>	45
I. Territorio y políticas sanitarias.....	45
II. Un breve <i>racconto</i> del proceso de conformación del conurbano.....	48
III. Crisis, poscrisis y situación actual del conurbano con relación a la situa- ción sanitaria	52
IV. La heterogénea oferta sanitaria del subsector público en el GBA: financiamiento y servicios.....	56
Bibliografía.....	64

Capítulo 3. ¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación	
<i>Magdalena Chiara</i>	67
Presentación	67
I. La crisis como clivaje de nuevas condiciones para la implementación	70
II. Acerca del encuadre constitucional de las competencias en salud en cuanto derecho prestacional y los procesos de descentralización.....	74
III. Los municipios en la dinámica de las relaciones intergubernamentales (RIG) en el Gran Buenos Aires.....	79
IV. El alcance de los programas nacionales y provinciales en la política local.....	89
V. Las reglas de juego de la coparticipación provincial por salud como incentivo	98
VI. Cambios en otros subsectores: la apertura del INSSJP/PAMI a los hospitales públicos.....	103
VII. Recapitulando.....	104
Bibliografía.....	106
Capítulo 4. La política sanitaria en los límites de la fragmentación: un análisis del caso Malvinas Argentinas	
<i>Magdalena Chiara</i>	111
Presentación	111
I. Las marcas fundacionales de la división del partido.....	114
II. Modelando el entramado de actores en el nivel local.....	116
III. Desarrollo, tensiones y clivajes recientes de la estructura prestacional..	119
IV. El acceso como problema de la atención en el diseño de la política local.....	129
V. Las condiciones de la gestión y del financiamiento.....	133
VI. Una relectura del caso Malvinas Argentinas.....	138

Bibliografía.....	141
Capítulo 5. La política sanitaria en San Fernando, una apuesta por consolidar el primer nivel de atención	
<i>María Mercedes Di Virgilio</i>	143
Presentación	143
I. Una historia centenaria: de cómo el territorio crea autonomía	145
II. El entramado de actores en el nivel local: cambios y continuidades de la historia reciente.....	154
III. Desarrollo, tensiones y clivajes en la configuración de la estructura prestacional.....	159
IV. La tensión “acción pública territorializada/universalidad” como organizador de la atención y del diseño de la política local	164
V. Las condiciones de la gestión y del financiamiento.....	173
VI. Una relectura del “Modelo San Fernando”	180
Bibliografía.....	183
Capítulo 6. La atención desde la urdimbre de los servicios locales: un contrapunto entre los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando	
<i>Ana Ariovich y Carlos Jiménez</i>	187
Presentación	187
I. Las coordenadas del contexto de la atención.....	190
II. Sobre cómo mirar los desempeños de la atención de la salud en el nivel local.....	193
III. Una mirada sobre la capacidad de inclusión de los sistemas de salud en el nivel local.....	195
IV. El acceso a la atención como problema y el centro de salud como “puerta de entrada”	199
V. La integralidad en la atención desde el trabajo territorial.....	206
VI. La coordinación y el tránsito: articulación horizontal y vertical.....	211

VII. A modo de conclusión: semejanzas y diferencias en las apuestas de la política sanitaria local	215
Bibliografía.....	217
Anexos.....	219
Capítulo 7. Dilemas de la gestión local en salud: aportes de los estudios de caso <i>Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio y Javier Moro</i>	237
I. Las tensiones de la descentralización en salud: historias en torno a la crisis y su “salida”	237
II. La política sanitaria en la arena local: agenda, actores y capacidades	239
III. La atención como el “eslabón perdido” de la política sanitaria.....	245
Los autores	248

Presentación

Las transformaciones en los modos de intervención social del Estado de las últimas décadas pusieron en cuestión la legitimidad y los contenidos de la política social reavivando debates en torno a dilemas estructurales y estructurantes de los sistemas sociales. La conformación actual de los distintos sectores de la política social en Argentina es resultado de los modos como se abordaron y transitaron estos dilemas; los embates que sufrió la universalidad, los cuestionamientos en torno al papel del Estado y las alternativas de financiamiento de la demanda fueron algunas de las tendencias (quizás las principales) que orientaron los procesos de reforma en el campo de la política social en la década de los noventa.

El caso del sector salud no fue una excepción. La focalización, la mercantilización y la autogestión, como orientaciones generales, atravesaron los discursos y los instrumentos de las políticas y la práctica de los actores en la gestión. En el sector salud, estas tendencias refractaron en una matriz institucional tan compleja como diversa; la existencia de tres subsectores (estatal, seguridad social y privado), el carácter federal de la cuestión sanitaria y la descentralización configuraron (en distintos momentos y con incidencia desigual) condiciones muy distintas en el ejercicio del derecho a la salud.

Así, la desigualdad de los territorios –determinada desde sus condiciones estructurales– se vio reforzada desde marcos constitucionales, esquemas de distribución de funciones y modelos de financiamiento que variaron entre provincias y, en algunos casos, entre municipios.

La provincia de Buenos Aires ofrece un espacio particular para el análisis de estos procesos, en la medida en que se llevó a cabo allí la descentralización de los centros de atención primaria de la salud hacia los municipios, y cuenta,

a su vez, con mecanismos particulares de distribución de recursos regulares asociados a la producción de los servicios sanitarios. Esta dinámica política e institucional dio lugar, en particular en territorios contiguos como son los municipios del Gran Buenos Aires, a una profunda fragmentación del sistema con restricciones en las condiciones de acceso y atención de la salud.

Más recientemente, esta región fue escenario de los impactos más duros de la crisis económica, política y social que llegó a su punto más agudo en el mes de diciembre de 2001, arrastrando por debajo de la “línea de pobreza” a la mitad de su población. La dimensión material de esta crisis fue equivalente a su dimensión política: el deterioro de legitimidad y de capacidad de gobierno de la nación y la provincia llevó a jerarquizar (casi por defecto) a la arena local como espacio de proximidad en la toma de decisiones.

En un sector escasamente regulado como salud en la provincia de Buenos Aires, la debilidad que afectó a los actores supralocales condujo a una profundización de aquella construcción de autonomía de los gobiernos locales que, en el campo de la salud, se venía prefigurando con la descentralización y terminó, con posterioridad a la crisis, dibujando caminos muy diversos que en algunos casos supusieron el retorno (paradojal) al paradigma neoliberal que se derrumbaba.

En ese complejo contexto debe entenderse este libro, que presenta los resultados de una investigación colectiva titulada “Los sistemas de salud en el nivel local en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población” (PICTO/UNGS), realizada entre los años 2006 y 2010, de la que participamos Javier Moro, Ana Ariovich y Carlos Jiménez (por el Instituto del Conurbano de la UNGS), María Mercedes Di Virgilio (por el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA) y, en sus inicios, María Alejandra Wagner (de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP); la dirección de la investigación estuvo bajo mi responsabilidad.

El foco de nuestro análisis estuvo puesto en el nivel local. Nos importó dar cuenta de las particularidades de la política sanitaria que se tejía en ese nivel en el contexto de la crisis y su salida, en los modos como los actores fueron tomando decisiones, articulando recursos nacionales y provinciales (y también locales), orientando las acciones, definiendo beneficiarios y estableciendo condiciones de acceso; buscando situar este análisis en un marco más comprensivo de las condiciones que, sobre lo local, las hicieron posible. Indagamos en el papel que jugaba la arena local en la reorientación de la política, en particular en un sector (como es salud) en el que la universalidad se define en las condiciones de acceso y en el perfil de prestaciones que ofrece a su población. Para ello, analizamos los

márgenes de autonomía relativa que tenían los actores para promover cambios y conformar coaliciones en el diseño de una particular oferta de servicios de salud. La salida de la crisis en el año 2003 muestra cambios en el mapa de actores y un regreso del Estado nacional a la arena local en un contexto de debilitamiento del actor provincial. La incidencia que tiene esta particular configuración del entramado de actores es un dato clave para nuestro análisis.

Desde esta preocupación, nos interesó relacionar dos dimensiones; por un lado, los principios organizadores y la dinámica de la política sanitaria en clave de (y entendida como) una política pública que se despliega en un territorio determinado, y, por otro, poner estas orientaciones en diálogo con las perspectivas que analizan los desempeños de la atención de la salud a nivel local.

En las particulares coordinadas institucionales de la salud en el Gran Buenos Aires e históricas de la crisis 2001/3, nos planteamos distintas preguntas para la investigación: ¿cuáles han sido los principios organizadores de la política local en el plano de la atención, gestión y financiamiento?; ¿cuáles son los márgenes de autonomía en el contexto de los incentivos y restricciones definidos desde el contexto resultante de la descentralización?; ¿cómo incidió en estos procesos la crisis 2001/3?; los atributos diferenciales locales, ¿imprimen algún sesgo particular en la atención de la salud en cada uno de los casos analizados?

El marco conceptual desde el cual nos aproximamos a estas preguntas abrevia en la producción de la política de salud y de los aportes derivados de los estudios de políticas públicas, perspectiva que tiene la particularidad de combinar una mirada sectorial con un enfoque institucional para poner el foco en el nivel local y en el subsector público.

La investigación abordó el funcionamiento del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires durante el período que se abre con la crisis que eclosiona en diciembre de 2001 y se cierra en diciembre de 2007, indagando en el proceso de conformación de la política en dos casos locales, Malvinas Argentinas y San Fernando. El primero, como caso paradigmático en el que se desarrolla y fortalece el sistema sanitario local, saltando las fronteras del primer nivel para posicionarse desde una importante oferta hospitalaria y de alta complejidad como prestador en la región; mientras que San Fernando representa un municipio que hace su “apuesta” al primer nivel basada en una red de centros de salud y una política más general de mejora de sus condiciones de vida. Esta reconstrucción en el nivel macroinstitucional buscó ser puesta en tensión con la indagación de ciertos ejes trazadores en el nivel de la microimplementación en los servicios, buscando desde este “ida y vuelta” entre ambos niveles recuperar una mirada sistémica acerca

de los procesos de implementación de la política sanitaria y de las tensiones en torno a las cuales se modelan los cambios en ese nivel. Aquí también aparece el concepto de “autonomía relativa”, donde buscábamos encontrar linealidad de la política local en su llegada a la población. Con foco en lo sectorial, la crisis y su “salida” está presente en el análisis de las distintas arenas que recorre el libro: la local, la intergubernamental y la provincial.

El libro está organizado en siete capítulos. En un primer capítulo, a cargo de Javier Moro, se presenta la arquitectura conceptual y la metodología desde la cual se organizó la investigación; los debates en relación con el recorte del campo, el papel del marco institucional, los modos de concebir la arena local y la incidencia del contexto son algunos de los componentes de nuestro planteo. A continuación, el mismo autor hace una panorámica de las particularidades del territorio del Gran Buenos Aires y de la conformación de la estructura sanitaria del subsector público, en sus aspectos generales y en los procesos que diferencian distintos patrones de especialización por zona dentro de esta región. El tercero busca dar cuenta de las condiciones generales en las que estos procesos locales tienen lugar, abonando a caracterizar el “régimen de implementación” de la política sanitaria en la región; el estatus de la cuestión sanitaria, el papel de los municipios, los significados de la crisis y la matriz de intervenciones nacionales y provinciales son algunos de los tópicos que abordo en este capítulo. En un cuarto capítulo reconstruyo desde un estudio de caso la política sanitaria más innovadora y también polémica como es el derrotero del municipio de Malvinas Argentinas, que busca ponerse en contrapunto con el caso que desarrolla María Mercedes Di Virgilio en el capítulo quinto, sobre el municipio de San Fernando y su apuesta por el primer nivel de atención a través del desarrollo de una red de centros de salud, la articulación interjurisdiccional con el hospital provincial y el desarrollo de una política orientada a la mejora de las condiciones del hábitat y los servicios. En el sexto capítulo, Ana Ariovich y Carlos Jiménez analizan las dimensiones del desempeño en el nivel de los servicios buscando reconstruir ese espacio de interface que son los servicios de salud del primer nivel, apelando a poner en tensión la perspectiva de los responsables de la salud en los hogares y la de los equipos de salud. Un último capítulo colectivo sistematiza un conjunto de reflexiones que estos casos dejan planteadas a la investigación y también a la práctica del diseño y gestión de la política sanitaria.

El lector encontrará referencias cruzadas entre capítulos; las mismas tienen por propósito hacer posible la lectura independiente sin perder de vista

las coordenadas teórico-metodológicas generales de la investigación en cuyo contexto fueron escritas.

Funcionarios, profesionales, miembros de los equipos de salud y trabajadores estatales brindaron generosamente su tiempo y conocimiento para ayudarnos a entender estos procesos. La UMEC del municipio de San Fernando desarrolló con nosotros la encuesta a hogares en ese partido y un grupo de estudiantes de la UNGS trabajó con compromiso y calidad en la realización de trabajo de campo y en la sistematización de datos que nos permitieron alcanzar estos resultados. Los aportes de los evaluadores externos fueron certeros a la hora de revisar la versión final del texto. A todos ellos, nuestro sincero reconocimiento.

Por último, queremos manifestar nuestro agradecimiento a la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica que apoyó financieramente el desarrollo de esta investigación; y a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, organismo que hizo posible el desarrollo de la encuesta en San Fernando. Por último, y muy especialmente, al Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, institución desde la cual realizamos este libro.

Magdalena Chiara

Capítulo 1

Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local

Javier Moro (ICO/UNGS)

Presentación

El análisis de las políticas sanitarias en el nivel local implica en primera instancia un esfuerzo metodológico por definir un objeto de estudio que no se corresponde linealmente con las intervenciones públicas, si bien estas están implicadas en dicho recorte. De hecho, algunas categorías habituales en el ámbito de la salud –como su propia denominación en términos de ‘sistema’– pueden ponerse en cuestión desde un marco conceptual riguroso; tal como señala Spinelli (2011): tras esa calificación se sustenta una mirada sistémica y funcionalista que no se condice con la dinámica que caracteriza al entramado de actores, las instituciones y los servicios públicos de salud (ya sean de gestión estatal, de seguridad social o privada). Antes bien, la oferta en materia de salud se caracteriza por una composición de ámbitos bastante diferenciados en términos de calidad, cobertura, público al que van dirigidos y financiamiento.

Tomando como criterio el tipo de financiamiento y su inscripción institucional, suele plantearse un esquema de tres subsectores para analizar el campo de la salud en Argentina: el llamado subsector “privado” dirigido a una población con capacidad de financiamiento y compuesto por la medicina prepaga, las clínicas y mutuales, más los consultorios particulares; el de las obras sociales sindicales,

provinciales, más el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI), abocadas al universo de los trabajadores formales (activos y pasivos) y sus familias; y el subsector público donde alguna de las tres instancias jurisdiccionales –nación, provincia o municipios– presta servicios a través de hospitales, centros de salud y/o programas específicos. Este esquema¹ muestra que al interior del “sistema de salud” se sustentan intervenciones ancladas en lógicas disímiles que, en términos de políticas públicas, implican instancias de coordinación y regulación que poco tienen en común. Mientras el sector privado se inscribe en una lógica de mercado (donde la rentabilidad empresarial forma parte inherente de esa institucionalidad sanitaria mercantilizada), el subsector de la seguridad social se sustenta en una lógica solidaria (acotada al empleo formal y al universo de cada obra social), y el subsector estatal puede inscribirse en clave de derechos (a partir de una oferta pública y universal, al menos en sus fundamentos) o bien en clave asistencial (a partir de una atención de los riesgos hacia la población sin cobertura).

Esta somera descripción pone en cuestión la idea de tres subsectores integrados al interior de un sistema, y más bien plantea que las políticas de salud presentan un alto grado de autonomía al interior de cada subsector. A su vez, al interior del propio subsector público estatal, la multiplicidad de jurisdicciones, las asimetrías regionales más las dificultades en la articulación y el funcionamiento en red, hacen que la fragmentación se imponga como su principal característica.

Con este cuadro de situación, ya sea en ámbitos de políticas como en los académicos y desde los organismos internacionales de salud, se promueve un debate en torno al rol y las funciones del Estado como proveedor, regulador, articulador/coordinador y rector. Ese debate en nuestro país se produce dentro de las coordenadas de un régimen federal de gobierno y, en el caso particular de la provincia de Buenos Aires, con delegación de responsabilidades sanitarias hacia los municipios.

De este modo, poner en foco el nivel local para el análisis de las políticas sanitarias implica dar cuenta de esa multiplicidad de actores interviniendo en torno a la cuestión sanitaria en el territorio. En esta investigación se asume que la gestión de políticas sanitarias constituye un espacio de mediación entre procesos macro y micro, donde el contexto no es una sumatoria de variables externas sobre el que se montan las interacciones entre los actores, sino que

¹ Para una revisión más exhaustiva del sector salud, ver Belmartino (1991) y Belmartino y Bloch (1994).

el juego estratégico de estos se dirime en función de un contexto que permea y se sitúa dentro de los mismos procesos (Chiara y Di Virgilio, 2009: 60). Al respecto, los conceptos de régimen de implementación, gestión, entramado de actores y capacidades estatales conforman el núcleo duro de la perspectiva adoptada, situando el análisis en un nivel *meso* o medio, es decir que interpela a las políticas sanitarias como espacios y procesos de múltiples mediaciones: entre lo local y lo supralocal, entre el ámbito institucional estatal y el ámbito público no estatal, entre diversos actores dentro del ámbito estatal, entre actores estatales y no estatales, entre efectores de servicios y población.

Bajo esta concepción, la hipótesis planteada en la investigación busca dar cuenta de la política local en cuanto transacción entre las condiciones contextuales y los atributos de la arena local. Se apunta a analizar y vincular dos dimensiones; por un lado, los principios organizadores y la dinámica de la política sanitaria en clave de (y entendida como) una política pública que se despliega en un territorio determinado; a la vez, esta mirada sobre los procesos se pone en diálogo con algunas perspectivas que analizan los desempeños de la atención de la salud a nivel local. La implementación de políticas sanitarias y el desempeño de los servicios constituyen dos formas de mirar al sector público de salud en el nivel local. Más formalmente, la investigación se planteó los siguientes objetivos:

- I. Identificar los principios que orientan la organización de los sistemas de salud en el nivel local (en el plano de la atención, el financiamiento y la gestión) en dos municipios seleccionados del Gran Buenos Aires.
- II. Caracterizar los atributos de los sistemas de salud en el nivel local en relación con el desempeño y la accesibilidad desde el punto de vista de la población y los efectores de los servicios.

Para ello, en este capítulo presentaremos el andamiaje conceptual del que nos valemos para llevar a cabo nuestro recorte metodológico y proceder al análisis de nuestro objeto: el subsector estatal de salud en los partidos del Gran Buenos Aires (GBA). Al respecto, el marco conceptual de esta investigación abrevia principalmente de dos ámbitos: por un lado, se apoya en herramientas teórico metodológicas de los estudios de políticas públicas para analizar los procesos de implementación de políticas sanitarias; a la vez, recupera algunos de los desarrollos metodológicos para el estudio de la atención de la salud, donde destacan los aportes de organismos como la OPS/OMS para la evaluación del desempeño de los servicios. Esta perspectiva analítica permite combinar una mirada sectorial y sistémica de la salud junto con abordajes propicios para

analizar los procesos políticos, vincularlos al entorno y, dado nuestro interés, poner el foco en el nivel local del subsector público en el GBA. En una primera sección se presenta el abordaje empleado para el análisis de la implementación de las políticas sanitarias, luego, se presentan los conceptos utilizados para el análisis de los procesos de gestión en el nivel local, posteriormente, se presentan las coordenadas metodológicas y los criterios para la selección de los estudios de caso y, por último, se presentan algunas consideraciones para el estudio del desempeño de los sistemas como parte de la denominada microimplementación.

I. El análisis de la implementación de políticas sanitarias

La gestión de políticas y servicios de salud, sus lógicas de funcionamiento, sus dinámicas y conflictos pueden ser analizados a partir del comportamiento de los actores intervinientes, pero estas acciones y relaciones no se producen en el vacío sino que cobran sentido al interior de un ámbito institucional, en este caso el campo de la salud. La discusión en torno a la institucionalidad del sector suele ser un tópico central en el debate sobre las políticas y la organización de la salud pública en Argentina. Desde la investigación social existen diferentes desarrollos teóricos que nos permiten utilizar conceptos de distinto alcance para analizar los contextos institucionales donde se desarrollan los procesos de las políticas de salud (Tobar, 2000 y Spinelli, 2011).

Al respecto, el concepto de campo desarrollado por Bourdieu² plantea la estructuración de la sociedad en torno a espacios socialmente estructurados de poder. En este sentido, el campo vendría a ser una red de relaciones e interacciones relativamente duraderas y estructuradas, es decir, con posiciones estables, jerarquizadas y conflictivas. Por tanto, importa más la posición que se ocupa dentro de esta estructura de relaciones que el sesgo personal o individual. Es al interior de estos campos donde se produce la lucha por el poder, pero esto se da a partir de un conocimiento o saber (capital cultural para este autor) que opera como dominante y en torno al cual se debate, se polemiza, etc. En el campo de la salud, la medicina (alopática) funciona como ese conocimiento dominante y por tanto resulta estructurante de las relaciones entre los actores; ahora bien, cuando se desplaza el debate hacia áreas de gestión, ya el papel del conocimiento medicinal no resulta tan hegemónico. La perspectiva del sociólogo francés, muy citado en los análisis de la sociología política, resulta fructífera para describir y analizar en un nivel general el funcionamiento del sector salud (tal

² Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995).

como lo hace Spinelli, *óp. cit.*). En ese nivel permite trazar líneas explicativas que vinculan el campo de la salud con el contexto social, político y económico dominante en un momento determinado. Sin embargo, el concepto de campo pierde un poco su fuerza explicativa cuando se analizan niveles más micro de la implementación, allí puede resultar un tanto estático y no permite bucear en los márgenes de autonomía relativa que tienen los actores para promover cambios, conformar coaliciones y manejarse con cierta discrecionalidad en la operatoria concreta de los servicios de salud.

Justamente, poner el foco en los procesos de implementación nos permite analizar la capacidad de incidencia de los efectores y de quienes operan en el plano local de la gestión. Tal como señala Aguilar Villanueva (1993), los estudios de implementación de políticas llamaron la atención sobre los procesos mismos de la puesta en marcha de las políticas, particularmente promovieron el análisis de aquellas modalidades de ‘entrega’ del bien o del servicio donde cobran relevancia los llamados “burócratas a nivel de calle” (Lipsky, 1971) que interactúan ‘cara a cara’ con la población destinataria. La vertiente del análisis de políticas que pone énfasis en la implementación –entre otros, Pressman y Wildavsky (1998)– permite rescatar una instancia casi olvidada por estudios que hasta entonces priorizaban el análisis del diseño, la toma de decisión (entendida verticalmente) y la evaluación. Los estudios sobre implementación ponen en evidencia la complejidad inherente que estos procesos conllevan y otorgan un papel clave a esa “burocracia a nivel calle”, que en nuestro caso aplica sobre los servicios de salud y el papel de los trabajadores y profesionales de la salud. En esa instancia del proceso de una política suelen aparecer problemas, por ejemplo, la tergiversación o el desvío de los objetivos, o bien las demoras en la ejecución, solo por mencionar algunos de los más típicos; pero también, estos ‘burócratas a nivel de calle’ pueden constituirse en verdaderos sostenes de una política y de los servicios públicos, asumiendo la tarea con responsabilidad y compromiso más allá de lo establecido en la normativa formal. De este modo, lo que se reconoce es un espacio de autonomía relativa que ubica a la implementación como nodo de decisión y, por ende, con incidencia clave en el proceso de la política.³

Este punto de partida conceptual implica una búsqueda que no va orientada a encontrar la efectividad o los déficits de los sentidos verticales de las políticas o la (i)racionalidad y (in)consistencia del sistema (otorgándole al mismo una

³ Un análisis actualizado de las vertientes de estudios sobre implementación de políticas puede consultarse en el capítulo IV de Parson W. (2007).

entidad que, como ya señalamos, bien puede cuestionarse), sino que sitúa el análisis reconociendo y poniendo el foco en los márgenes de discrecionalidad y los espacios de autonomía que manejan los actores, lo que nos lleva a decodificar los escenarios institucionales donde se dirime la complejidad de las relaciones e intereses en juego.

Al respecto, en un esfuerzo por trazar los márgenes de acción para la interacción entre los actores y con la población destinataria de las políticas públicas, Stoker (1993) propone el concepto de ‘régimen de implementación’. Se trata de un concepto que establece una mediación en dos planos. En un registro más interno a los estudios de las políticas, el concepto recupera tanto aportes de la vertiente más racionalista (vinculada al modelo de análisis de “arriba hacia abajo”) como de los modelos de “abajo hacia arriba” o retrospectivos (que promueven los estudios de la implementación). (Stoker, 1993: 374). A la vez, ya en un plano de análisis sustantivo, el régimen de implementación se instala por definición como un concepto que media entre dos niveles: la noción de régimen refiere a algunas de las cuestiones más clásicas y fundantes de los estudios políticos, en términos de regulación de las relaciones sociales y del poder; así, la definición apunta al “ordenamiento político que institucionaliza valores importantes para la toma de decisiones” (Stoker, 1993: 375)⁴ y, como tal, da cuenta de las coordenadas político-institucionales que posibilitan, orientan y restringen los márgenes de acción y las relaciones entre los actores.⁵ A la par de esta dimensión, que podríamos denominar más macro del concepto, el régimen de implementación también refiere a un arreglo o acuerdo entre los participantes del proceso mismo de la implementación; lo que lleva directamente el foco al nivel organizativo-institucional: “un régimen es un sistema de reglas, normas y procedimientos que gobierna la interacción de los participantes...” (Stoker, 1993: 376).

⁴ El autor en esta definición cita a Elkin (1986).

⁵ El concepto de ‘matriz política’ propuesto por Acuña se inscribe en un registro similar: “... es un sistema de variables y constreñimientos que fijan límites y probabilidades diferenciales para la realización de intereses sociales y para el alcance de objetivos políticos (...), podemos pensar a la matriz política como un sistema de variables estructurales, político-institucionales e ideológicas que: a) fijan los límites de factibilidad para la realización de intereses y alcance de objetivos políticos; b) definen probabilidades diferenciales para la realización de intereses y el alcance de objetivos políticos factibles; c) brindan a los distintos actores un conocimiento o mapeo de cómo funcionan las relaciones sociopolíticas y, por lo tanto, influyen la percepción sobre los límites de factibilidad y más eficientes cursos de acción para el alcance de objetivos y realización de intereses” (1995: 15-16).

Respecto a esta segunda dimensión, los desarrollos del llamado neoinstitucionalismo pueden resultar operativos para enmarcar los escenarios acotados de acción de los actores. Los neoinstitucionalistas⁶ plantean que la interacción entre los actores está condicionada y promovida por un marco institucional, pero entienden que este concepto es más amplio que las leyes y procedimientos formalmente establecidos, antes bien llaman la atención sobre los aspectos informales en el funcionamiento de las instituciones. Esto, en el terreno de la salud, tiene fuertes repercusiones, ya que si bien es un ámbito donde las prácticas en torno al ejercicio de la profesión presentan altos niveles de protocolización, esta perspectiva analítica plantea una mirada que da mayor relevancia a una dimensión más opaca en la gestión de los servicios, en un área donde la interacción profesional-paciente se constituye signada por la asimetría (de conocimiento, de información y de poder).⁷

Una de las particularidades del campo de la salud es que el conocimiento que funciona a modo de mapa cognitivo (siguiendo la acepción neoinstitucionalista) o como capital cultural (en el marco conceptual de Bourdieu) es la medicina⁸, y esta disciplina científica media, restringe⁹ y posibilita las intervenciones, estructurando relaciones que se caracterizan, como ya mencionamos, por una fuerte asimetría de la información entre los efectores del servicio y la población usuaria.¹⁰ Esto otorga aún más relevancia al peso de la cultura organizacional

⁶ Siguiendo a Vergara es posible diferenciar tres vertientes del neoinstitucionalismo: una, que pone el acento en la institucionalidad entendida como las reglas formales e informales que estructuran las relaciones entre actores, enmarcando las posibilidades de acción, de vinculación e intercambio (el referente más citado en esta línea es el economista D. North, 1993); otra, que pondera los aspectos más ligados a la cultura organizacional que cristaliza en rutinas y hábitos (March y Olsen, 1983); finalmente, está la noción de institución más ligada a “mapas cognitivos”, como una concepción particular del mundo que se encuentra vinculada a los procesos culturales que dan sentido a la acción (Powell y Di Maggio, 1991). Vergara, Rodolfo (2000), “Instituciones y políticas de gobierno: una mirada al caso de las políticas contra la pobreza en México”, V Congreso CLAD, Sto. Domingo.

⁷ No se está postulando que esta asimetría sea un atributo negativo en sí mismo, de hecho es un componente necesario para la construcción de un vínculo de confianza entre el profesional de la salud y el paciente.

⁸ Menéndez ha desarrollado una propuesta de análisis de la medicina en términos de modelo hegemónico de la salud (Menéndez, E., 1984).

⁹ En el sentido de que el conocimiento técnico profesional funciona como barrera de acceso al campo, es decir, que opera como uno de los requisitos para constituirse en actor de las políticas sanitarias.

¹⁰ Este es uno de los problemas clásicos que aborda la economía en términos de fallas de mercado. Los problemas de la información implican, además de la asimetría, la posibilidad del ocultamiento

y a la institucionalidad sectorial en salud, ya que conforma el marco de acción específico que establece los márgenes de autonomía relativa de los efectores de los servicios sanitarios en ambientes donde existe una escasa capacidad de incidencia (y por ende de control) por parte de la población destinataria (usuarios de los servicios y ciudadanía en general).

También en un intento de articular niveles macro y meso de análisis, Repetto (2009) propone una distinción analítica entre institucionalidad política e institucionalidad social. Mientras la primera remite a una esfera más general, en la cual tienen injerencia aquellos actores poseedores de una particular dotación de recursos que los habilita a participar del juego estratégico de disputa por el poder durante un período de tiempo, la institucionalidad social hace referencia al ámbito más específico de gestión de la política social (en nuestro caso la política de salud).¹¹ Este autor propone un doble condicionamiento entre ambas esferas pero con predominio de la institucionalidad política. Al respecto, un ejemplo de cuán refractaria puede resultar la institucionalidad social en el subsector público de la salud respecto de la institucionalidad política puede observarse en las transformaciones del sistema de protección social acontecidas en el país durante la década de 1990 y las secuelas a nivel de los servicios locales. Bajo el impulso de una reformulación de la institucionalidad política que promovía al mercado y la lógica de mercantilización como instancia privilegiada de coordinación social se conformó un contexto autorizante para que muchos servicios sanitarios municipales incorporasen la modalidad del arancel o bono contribución a través de cooperadoras. Si bien esas cooperadoras en muchos casos eran preexistentes, la modalidad de bonos como acceso a los servicios cobró relevancia en los 90 en una magnitud que puso de manifiesto el peso que adquirieron (de hecho, en varios municipios se dieron estrategias de unificación de las mismas para manejar de manera centralizada los fondos recaudados). El

de información por parte de los agentes involucrados, lo que en ocasiones lleva a replantear la jerarquía en la relación entre principal y agente (o mandante-mandatario).

¹¹ Este autor condensa bajo esta dimensión los aportes de las tres vertientes neoinstitucionalistas señaladas anteriormente: “el conjunto de reglas de juego formales e informales (incluyendo las rutinas y costumbres organizacionales) que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales, a la vez de enmarcar el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales. Para todos los involucrados, la institucionalidad social representa un entramado de incentivos que estructura sus límites y oportunidades de negociación y acción, lo cual, sin embargo, no clausura las posibilidades para que se avance en transformaciones más o menos amplias de dicha institucionalidad” (Repetto, 2009: 153).

ejemplo también resulta emblemático para ilustrar los valores que signaban el régimen de implementación de esa “época” (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

Una forma de operativizar el análisis a partir del concepto de régimen de implementación –y que será recuperada en los estudios de caso– siguiendo a Chiara y Di Virgilio (2005: 36) es la distinción en tres dimensiones: funcional, material y política. Según las autoras, la dimensión funcional hace referencia a las competencias y funciones del nivel local en cuestión, al régimen jurídico que lo rige y a la política de descentralización que lo enmarca. Por su parte, la dimensión material se refiere a las reglas de juego que regulan las transferencias hacia las jurisdicciones, la política tributaria del municipio y su relación con la estructura económica local, los criterios generales de organización del presupuesto y sus márgenes de flexibilidad. Finalmente, la dimensión política alude a los niveles de autonomía de los actores, las reglas de juego que regulan las relaciones intergubernamentales y el régimen electoral.

En síntesis, esta perspectiva permite analizar el entramado de actores desde un enfoque relacional al interior de un marco político-institucional que orienta y condiciona las acciones a nivel local (entre otros, el marco normativo y la institucionalidad formal e informal vigentes), lo cual define la dimensión analítica para el desarrollo de los estudios de caso.

II. La gestión local en salud como ámbito de análisis

Los ámbitos donde se desarrollan las políticas y programas de salud así como la gestión de los servicios –ya sean del primer o del segundo nivel de atención– se caracterizan por constituirse como procesos complejos en los que intervienen una gran diversidad de actores, con sus propias perspectivas, intereses, capacidades y recursos de poder. Esto implica que las políticas más que equipararse a mecanismos y procedimientos de planificación racional, se distancian de estos modelos en su operatoria concreta, tal como queda expresado en el desarrollo de los casos trabajados en los capítulos 4 y 5 de este libro. El concepto de gestión, siguiendo a Chiara y Di Virgilio (2009: 60-61), permite recuperar esta complejidad y dar cuenta de un espacio relacional que puede abordarse desde dos dimensiones; por un lado, pueden ser vistos como aquellos procesos “orientados a articular (utilizar, coordinar, organizar y asignar) recursos (humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos) que permitan producir satisfactores orientados a hacer posible la reproducción de la vida de la población (a través de los bienes de consumo individual y colecti-

vo)”. A la vez, el concepto también apunta a captar el modo de conformación y estructuración de la demanda, entendiendo a esta no como algo dado que se genera por fuera y/o a priori de la gestión sino que, por el contrario, forma parte de manera interactiva de estos procesos y, justamente, es allí, en esta interacción dinámica entre actores estatales y sociales, entre discursos en disputa, y generalmente con ciertas coordenadas en términos de oferta de servicios y conocimiento dominante al interior del campo sectorial, donde se definen y se configuran las necesidades.

Este espacio de la gestión se caracteriza entonces como el escenario donde se produce la interacción entre los actores e involucrados, y es justamente esa interacción lo que marcará el estilo o modalidad en la implementación de las políticas así como los avances, estancamientos o desvíos que puedan producirse. De lo dicho se desprende que el papel de los actores resulta clave en las políticas sanitarias y por ende su análisis resulta un insumo valioso y estratégico para la gestión.

Ahora bien, la categoría actor utilizada en los estudios de políticas públicas remite tanto a sujetos colectivos o individuos que reúnen ciertas capacidades y recursos de poder para poder incidir en el proceso de una política. Esto implica que no cualquier involucrado o ciudadano es actor, hacen falta una serie de atributos (recursos, capacidad de movilización, organización, manejo de información clave, entre otros) y en muchos casos la capacidad efectiva de incidir se genera a partir de alianzas o coaliciones. Esta consideración explícita que no se trata de una cuestión normativa (un deber ser) respecto a la condición de actor, sino que es en la praxis misma de los procesos de políticas y de la gestión donde se dirime el alcance de esta categoría, esto es, donde se constituyen los actores.

El marco institucional donde se desarrollan los procesos de políticas que permiten y restringen la conformación de actores no debe interpretarse de manera rígida y lineal respecto de la institucionalidad estatal en materia de salud. De hecho, tal como señala Jordana (1995), las limitaciones de los esquemas de análisis tradicionales para entender el sentido dinámico de las influencias e interacciones entre los actores dio lugar al surgimiento de modelos de análisis más laxos y flexibles, donde cobra relevancia la noción de entramado y de red. Estas redes de asuntos (*policy networks*) desbordan las fronteras del aparato estatal y en ellas circulan y se consolidan saberes y conocimiento experto que cristalizan disputas y acuerdos en torno a la cuestión en particular; en nuestro caso la salud. “La consolidación de un discurso de enmarque suele ir entrelazado a la conformación de redes de expertos y/o de ‘comunidades de políticas’ que,

en analogía con las comunidades científicas que sustentan los paradigmas científicos, cumplen funciones de consolidar y mantener la vigencia de los núcleos fundantes de las políticas y sus respectivos programas de acción” (Moro, 2009).¹²

En este sentido, la noción de entramado de actores pone en el centro de la escena la vinculación de acción, saber y poder en los procesos de las políticas sanitarias.¹³ Este aspecto resulta una de las claves de análisis propuesto por esta investigación, en la medida en que permite poner en diálogo las condiciones del régimen de implementación, las disputas entre los actores y, en ese contexto, las capacidades de gestión.

Con respecto a las conceptualizaciones de las capacidades de gestión para la acción de gobierno, Repetto (2004: 12) define la capacidad de gestión estatal como “la posibilidad que tienen las instancias gubernamentales de problematizar, priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas”. Esto supone, según el autor, la construcción de capacidades administrativas y políticas; mientras las primeras remiten al análisis técnico organizacional del aparato estatal, las capacidades políticas avanzan más allá y ubican el debate en torno al Estado como expresión de relaciones de poder.

La capacidad de gestión de una organización pública refiere tanto a variables vinculadas a sus características particulares (estructuras, procesos y recursos disponibles) como a variables externas vinculadas al entorno económico, político y social en el cual cada gobierno desarrolla sus actividades.¹⁴ Junto a estos factores externos se ubica también el contexto institucional del sector público que incluye las reglas y procedimientos que dan marco al accionar estatal, los

¹² Sobre la noción de comunidad de políticas, Majone (1999: 371) advierte respecto de una presunción de homogeneidad en su interior; antes bien, “sus miembros representan diferentes intereses, sostienen distintos valores... , pero todos ellos contribuyen al desarrollo de las políticas, al introducir y discutir nuevas ideas y propuestas de políticas”.

¹³ “... la mayor incidencia del conocimiento y la información amerita un involucramiento activo, al modo de lo que algunos llaman los ‘tecnopolíticos’. Donde además de la responsabilidad sobre el producto en sí mismo, los investigadores consideran con especial cuidado la dimensión comunicativa de la investigación en relación al proceso de política... Así, además de lograr un producto técnicamente apropiado, el desafío de gestión para el uso del conocimiento se plantea en términos de capacidad de convencer, generar adhesiones e incidir en el proceso de política. Esta función activa de los técnicos, profesionales y expertos está claramente puesta de manifiesto a través de las redes de asuntos o redes de políticas que promueven marcos conceptuales con vistas a impulsar determinadas orientaciones de políticas”. (Moro, 2009: 313-314).

¹⁴ El entorno socioeconómico y político incluye cuestiones tales como el crecimiento, el mercado de trabajo, el estilo de liderazgo político, la estabilidad y legitimidad del sistema, el nivel de conflicto social y la estructura de clases, entre otros.

recursos y las estructuras formales e informales de influencia. Asimismo, es preciso tener en cuenta la red de organizaciones y actores vinculados en la implementación de las políticas y sus modos de comunicación y articulación. En esta línea, Tobelem (1992) ha hecho un esfuerzo importante al sistematizar una propuesta metodológica multidimensional que incluye el análisis del entorno institucional externo (en donde se abordan las reglas de juego y las relaciones interinstitucionales) además del análisis del entorno micro (que comporta aspectos vinculados a la organización interna y la asignación de funciones y recursos, las políticas de personal y las capacidades individuales).¹⁵ Esta línea de análisis de la capacidad institucional recupera la idea (o mejor, el ideal) de burocracia weberiana, en cuanto a los atributos de coherencia corporativa y experticia técnica como condiciones necesarias para el desarrollo de la capacidad estatal. En pos de contribuir a clarificar el cómo y el para qué del desarrollo de capacidades, Repetto (2004: 11) identifica una “serie de atributos del ejercicio de dicha capacidad que podrían ser rotulados como la expresión del cómo, a saber: coordinación, flexibilidad, innovación, calidad, sostenibilidad y evaluabilidad. Otros atributos, por el contrario, pueden constituir, según las diferentes definiciones, tanto expresión del cómo como del para qué, tales como eficiencia, eficacia y *accountability*. [Desde esta perspectiva], estas últimas también forman parte del cómo se deciden e implementan las políticas públicas, pero no dan respuesta al para qué y que [...] se le interpreta a la luz de los atributos de equidad pertinente y legitimidad. Las preguntas sobre cómo y para qué se ejerce la ‘capacidad estatal’ refuerzan la necesidad de referirse siempre a los protagonistas de ese (potencial) ejercicio de las capacidades, es decir, los actores concretos con sus intereses, ideologías y recursos de poder”.

Por su parte, Evans (1996) propuso un desarrollo conceptual de la noción de autonomía (definida tradicionalmente en términos de aislamiento y neutralidad) incorporando a esta una condición de *enraizamiento*, que opera como polo dual complementario (podríamos agregar en tensión constante) para dar

¹⁵ Los trabajos realizados para las Naciones Unidas por M. Grindle y otros (1997) realizan, también, una construcción conceptual similar de la noción de capacidad. En su trabajo, ellos identifican cinco dimensiones que “afectan la habilidad de las organizaciones para lograr sus objetivos específicos” (*óp. cit.*: 35). Estas son el contexto de acción (que implica el medio económico, político y social en que los gobiernos llevan adelante sus acciones), el contexto institucional del sector público (sus reglas y procedimientos oficiales), la red vinculada a las tareas (que refiere al conjunto de organizaciones involucradas en su logro), las estructuras, procesos y estilos de gestión de las organizaciones, y, finalmente, los recursos humanos.

forma a un atributo abierto y dinámico. Esto implica que, además de coherencia y saber experto, las agencias estatales necesitan capacidad de llegada y requieren el despliegue de redes con actores externos que les permitan evaluar, controlar y moldear prospectivamente y con posterioridad a los hechos las reacciones privadas ante las iniciativas públicas (Evans 1996: 557). El Estado, desde esta perspectiva, implementa políticas públicas que responden a problemas percibidos por actores estatales y no estatales, por lo que precisa de la vinculación con ellos para llevarlas a cabo (Moro y Roggi, 2001).

Para profundizar el análisis de las capacidades estatales conviene recordar la distinción analítica propuesta por Tobar (2000) entre los planos de financiamiento, de gestión y de atención. El *plano del financiamiento* refiere a cuestiones tales como la asignación de los recursos y las fuentes de financiamiento; el *plano de la atención* refiere al nivel de los servicios que se prestan a la población y la organización de los servicios; y, finalmente, en el *plano de la gestión* tienen lugar cuestiones que hacen a las prioridades en la asignación de los recursos, la organización de las prestaciones y servicios, a los criterios de relación entre los niveles y la relación con los otros subsectores y otras áreas sectoriales.

Esta distinción analítica será recuperada en los capítulos de análisis empírico de la política sanitaria presentados en este libro, así como también el énfasis propuesto por Repetto en el condicionamiento del nivel político (el nivel de la gestión en la clasificación de Tobar), que será analizado en el capítulo 3 para intentar definir las características del régimen de implementación que fue conformando en la salida de la crisis de los años 2001/2 en el GBA. Justamente, será en esos márgenes –entre la institucionalidad política supralocal y la institucionalidad sectorial– donde cobren relevancia la acción de los actores del nivel local en procesos de implementación muchas veces opacados como lugar de incidencia y decisión.

En este sentido, los estudios de caso ponen el foco y plantean preguntas en torno a las capacidades de gestión y a la autonomía de los gobiernos locales en materia de políticas sanitarias, dando cuenta de dinámicas complejas donde la autonomía no se expresa de manera lineal en cada una de las tres dimensiones propuestas para el análisis del régimen de implementación mencionadas en el apartado anterior –funcional, material y política (Chiara y Di Virgilio, *óp. cit.*)–, sino que puede ser ponderada de distinta manera según el peso que se otorgue a cada una y a la capacidad de gestión desarrollada por el municipio. La perspectiva adoptada en esta investigación, tal como se desarrolla con más detalle para el período en el Gran Buenos Aires en el capítulo 3, pone énfasis

en la dimensión política de los procesos para sopesar y analizar la autonomía local, que, como muestran los casos, se dan íntimamente imbricados a una institucionalidad signada por la descentralización provincial pero también por la tradición y el legado local (dimensión funcional) y a condiciones de financiamiento establecidas en el régimen de coparticipación provincial con el agregado de la restitución de servicios a las obras sociales (dimensión material).

III. Algunas consideraciones respecto al desempeño de los sistemas de salud¹⁶

Junto a los conceptos para analizar los procesos de implementación a nivel local de las políticas sanitarias, la investigación también se apoya en los abordajes más propios del campo de la salud que estudian el desempeño de los sistemas de salud. A la par del crecimiento en tamaño y complejidad de los sistemas de salud ha cobrado relevancia el interés por evaluar su desempeño, principalmente bajo el patrocinio de las organizaciones internacionales. En esta sección haremos un breve *racconto* de algunos de estos desarrollos que luego serán recuperados principalmente en el capítulo 6 y más tangencialmente en el desarrollo de los estudios de caso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó una propuesta conceptual y metodológica para evaluar el desempeño de los sistemas nacionales de salud de sus países miembros. Los resultados de este proyecto se publicaron en el *Informe Mundial de la Salud 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (OMS, 2000). Para medir el desempeño de un sistema de salud el informe estableció dos principios fundamentales que guían la definición del propio sistema; uno refiere a la rectoría en pos de una mejora de la salud y el otro a la gestión por resultados.¹⁷

¹⁶ Este apartado se desarrolla a partir del marco conceptual del trabajo colectivo del equipo de investigación (Chiara *et ál.*, 2010) y al documento de trabajo de Ariovich, 2010.

¹⁷ El primero plantea que la rectoría del sistema de salud debe preocuparse por la promoción de acciones que mejoren la salud, aun cuando el control directo de esta acción se extienda más allá del estrecho ámbito de los servicios curativos personales (más allá del área por la que la profesión médica se ha preocupado tradicionalmente). El segundo expresa que se requiere una concentración clara en los resultados si se quiere que el potencial de los sistemas de salud se alcance plenamente. Además, enuncia que es deseable contar con información sobre los avances hacia la consecución de los resultados, así como sobre la medida en la que hace un uso eficiente de los recursos de que dispone.

A su vez, el informe describía las cuatro funciones principales del sistema de salud (financiamiento, prestación de servicios, generación de recursos y rectoría) y estudiaba comparativamente los sistemas de salud de 191 países, considerando, para evaluar los desempeños de los mismos, tres componentes fundamentales: efectividad, gasto en salud per cápita, eficiencia y nivel general de desempeño de la salud. Este informe proponía que el “desempeño” debía definirse de forma tal que incluyera el rango de actividades que van desde la medición de la contribución del sistema al logro de objetivos y la eficiencia en el uso de insumos, hasta la manera en que los recursos se usan y combinan para producir los resultados deseados.¹⁸

El mencionado informe despertó numerosos debates y fue foco de varias críticas de orden metodológico y conceptual. En cuanto a las críticas metodológicas, Coyne y Hilsenrath (2002) argumentaron que los métodos utilizados en el estudio de la OMS no reflejaron apropiadamente el sistema de salud de los países, ya que los mismos no contemplaron aquellos factores que, si bien no son intrínsecos a los sistemas de salud –como los culturales y los sociales–, sí influyen significativamente en ellos. A la vez, objetaron el uso de un criterio estático para medir la efectividad que valoraba positivamente a sistemas de salud capaces de sostener una población saludable a bajo costo, perdiendo de vista el rol que la tecnología puede ocupar en un sistema de salud en el largo plazo. En el plano conceptual, una crítica importante esbozada también por los mismos autores, refiere a que la OMS no presentó un esfuerzo adecuado para distinguir entre eficiencia y equidad. Esto último produjo un sesgo en la evaluación del desempeño que se realizó sobre países con gran inequidad, como EE. UU. y Sudáfrica.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió diversos encuentros para discutir la metodología y las conclusiones del mencionado informe. Como resultado de los mismos surgen un conjunto de documentos¹⁹ que sistematizan las principales objeciones. Entre estas cabe mencionar el señalamiento a la falta de intentos por parte de la OMS para medir la

¹⁸ El gasto en salud per cápita constituyó una variable considerada tanto en medidas de desempeño como de eficiencia.

¹⁹ OPS: Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Washington D. C., Mayo 2001; OPS: Reunión consultiva regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, Revista Panamericana de Salud Pública, 2001; OPS: Grupo de trabajo de la región de las Américas sobre el desempeño de los sistemas de salud. Informe de la 1.ª reunión en Ottawa, septiembre de 2001.

forma diferencial en que las cuatro funciones esenciales del sistema de salud se encuentran organizadas y se desempeñan en los diferentes Estados miembros, como la ausencia de actividades destinadas a determinar el grado en que estas funciones contribuyen al logro de los objetivos intrínsecos (OPS, 2001). Asimismo, en ese informe se plantea que el uso del concepto ‘desempeño’ como equivalente a ‘eficiencia’ resulta confuso, recomendando que la “evaluación del desempeño del sistema de salud” se defina de forma tal que incluya el rango de actividades asociadas con la medición del logro de objetivos, la eficiencia del uso de insumos y la manera en que el sistema funciona. Además, la OPS sugiere desarrollar y probar una serie de indicadores vinculados a las funciones, como una manera de fortalecer la relevancia política de la evaluación del desempeño.

Luego de la polémica en torno al estudio del año 2000 de la OMS²⁰, en la última década se han desarrollado varias propuestas conceptuales y metodológicas para evaluar desempeños, algunas buscan ponderar el acceso a servicios de salud de calidad, sobre todo en los países en vías de desarrollo (Céspedes, 2002; Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006; Flores, 2006), mientras que otros estudios han establecido un amplio consenso en torno a la necesidad e importancia de medir el desempeño desde indicadores macro relativos al gasto asignado a salud contrastados con la información epidemiológica más relevante. Así, por ejemplo, Argentina aparece clasificada como un país que en perspectiva comparada a escala regional mantiene un gasto en salud medio-alto, mientras que sus resultados en términos de indicadores epidemiológicos resultan inferiores a países con estructuras sociales similares (como Chile y Uruguay) y con menor inversión.

Si bien estos indicadores macro son tomados como referencia, las investigaciones han desarrollado indicadores más específicos para dar cuenta del funcionamiento de los servicios de salud y, en algunos casos, para ponderar a los que se ubican en la llamada atención primaria de salud (APS).²¹ En tal

²⁰ En el año 2002 la propia OMS revisó críticamente la metodología utilizada en la evaluación de desempeño de aquel informe del 2000 y presentó un informe realizado por expertos (llamado “Grupo de Examen Científico Colegiado”). Allí se establece que es importante reconsiderar la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en términos de un proceso dinámico e interactivo, en el que los usuarios y otros interesados directos deben participar activamente tanto en la etapa conceptual como en la de ejecución. Vale resaltar ese llamado a incorporar la participación de los usuarios.

²¹ La atención primaria de salud fue reconocida en la conferencia de Alma-Ata (1978) como la estrategia apropiada para promover una distribución más justa de los recursos e implementar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población, no solo en términos de servicios

sentido, varios autores proponen medir el desempeño de la APS a través de una serie de indicadores que den cuenta de su condición de “puerta de entrada” al sistema, de la necesidad de un vínculo e interconexión con los niveles de mayor complejidad, así como también de lo que se supone que es una característica de la APS: la proximidad y cercanía con la población. Para ello, las variables refieren a la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios, continuidad y longitudinalidad, integralidad, capacidad resolutive y coordinación asistencial (Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007).

El concepto de *accesibilidad* a la salud se define como la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS-SIPPAPS, 2006). La *equidad* aparece fuertemente vinculada al acceso y pondera especialmente la capacidad de inclusión de los servicios (particularmente de la población con menos recursos). En este sentido, se habla de barreras de acceso económicas, geográficas, temporales, organizacionales/administrativas y culturales (Burrone *et ál.*, 2007). Wallace y Enriquez-Haas (2001) hacen más complejo el análisis de la accesibilidad y proponen diferenciar tres dimensiones para ponderar el acceso a los servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

La *disponibilidad* refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades sanitarias de la población. Los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente. La *aceptabilidad* de los servicios de salud suele estudiarse a través de la satisfacción que manifiestan los usuarios.

La coordinación requiere de *integración* y *continuidad* en la atención del paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por este utilizados (Starfield *et ál.*, 2005). La *coordinación asistencial* implica la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo (Burrone *et ál.*, 2007). La *continuidad* refiere a la existencia de un equipo de salud habitual, y la *longitudinalidad* contempla, además de una atención de la salud continua, una atención no limitada a ciertos problemas (Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007). Así, la longitudinalidad permitiría una mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, y mejor identificación de los problemas de los pacientes (Starfield, 2001; Starfield, 2005).

sanitarios, sino también como mecanismo para afrontar los principales determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la inequidad en salud (OMS y UNICEF, 1978).

La *integralidad* es otro factor considerado por los estudios y se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y rehabilitación, integradas funcionalmente entre los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario (Starfield, 2001). Es decir, que la integralidad requiere de una organización de las respuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, a partir de una equitativa asignación de los recursos e intervenciones (Vega Romero *et ál.*, 2006). Dana Gelb Safran (2003) menciona la orientación hacia la persona como totalidad y la gestión clínica. La autora subraya la necesidad de tener en cuenta tres áreas necesarias para alcanzar el ideal del cuidado integral en la atención primaria: el uso de un equipo de profesionales en la atención médica; el establecimiento de una relación significativa entre las partes (pacientes/clínicos), la integración del cuidado del paciente en un sistema de salud frecuentemente vivenciado de manera fragmentaria.

También, los estudios ponderan la *capacidad resolutive*, considerada como la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el mismo centro. En este ítem se toma en cuenta la variedad de población que se atiende, la actividad de prevención primaria y secundaria, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, el porcentaje de población atendido sin derivación y la calificación del personal de salud. (Burrone *et ál.*, 2007).

Varias de estas dimensiones de análisis serán recuperadas en el capítulo 6 para comparar el funcionamiento del primer nivel de atención en los dos municipios tomados como estudios de caso.

IV. La cuestión sanitaria en la gestión local y su estudio a partir de casos: las coordenadas metodológicas de la investigación

El concepto de lo local en esta investigación no está ligado linealmente a un recorte jurisdiccional o a un espacio físico preestablecido por fuera de los procesos sociales.²² Más bien, cuando aludimos al nivel local, la referencia es a una construcción social particular del entorno, de sus alcances y sus límites, que viene dada a partir de las representaciones sociales de los actores involucrados

²² Al respecto, Borja y Castells (1998: 67) marcan un contrapunto entre la noción de espacio como lugar y como flujo para pensar el vínculo entre lo local y lo global.

que expresan relaciones de poder entre sectores y grupos sociales, y donde el Estado y las políticas ocupan un lugar protagónico.²³

Desde esta perspectiva, la interacción entre políticas públicas y territorio toma la forma de un mutuo condicionamiento y, en tal sentido, sus implicancias se plantean tanto para considerar la conformación de la demanda, como para analizar las modalidades de la oferta pública de servicios y programas. En este marco, tal como ha sido resaltado por varios autores²⁴, cobra una nueva centralidad la gestión pública local, donde el proceso de descentralización de las últimas décadas hizo aún más complejas las relaciones en la tríada: nación, provincias, municipios. Estos procesos de descentralización dieron lugar a la emergencia de nuevos actores en el nivel subnacional (o viejos actores reposicionados con nuevas competencias), con niveles desiguales de poder, con dificultades (a veces serias) para una gestión eficiente de los servicios transferidos, dando lugar a un fenómeno de profundización de las diferencias regionales del territorio y a la conformación de nuevos escenarios para la implementación de las políticas sanitarias.

La gestión local en salud en la provincia de Buenos Aires tal vez sea uno de los espacios donde más gráficamente se expresa la pertinencia de esta aproximación conceptual. Esto, habida cuenta del proceso histórico de conformación del sector salud, del proceso de descentralización sectorial (nacional y provincial) y del escenario político institucional en que se inscriben los municipios bonaerenses —cuestión que se analiza con más detalle en el capítulo 3. Uno de los planteos centrales de la investigación, como se verá en el análisis de los casos de Malvinas Argentinas y San Fernando (capítulos 4 y 5 respectivamente), es la puesta en juego de dos lógicas de acumulación que desde la construcción de autonomía local dan lugar a “modelos” contrapuestos en términos de articulación y complementariedad con el nivel supralocal. Mientras uno aparece más ligado a un recorte local(ista) con una fuerte apuesta al segundo nivel y a la alta complejidad, para trascender las fronteras del municipio y sacar rédito del financiamiento de la seguridad social y la coparticipación provincial, el otro

²³ Para profundizar este análisis, ver Catenazzi y Da Representação (2009), quienes actualizan los debates en torno a la noción de territorio en cuanto espacio y en cuanto construcción de sentido ligado a las relaciones de poder y analizan sus implicancias para pensar la gestión de la proximidad. Asimismo, en una línea más propositiva y referida a las políticas de salud, Tobar (2011) recupera los aportes del geógrafo brasileiro Milton Santos y plantea una propuesta de gestión territorial para las políticas sanitarias.

²⁴ García Delgado (comp.), *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*, FLACSO-UBA/CBC-UCA, Buenos Aires.

se plantea como una lógica más sistémica en cuanto a la articulación con un segundo nivel a cargo de la provincia (sin que ello implique desligarse de una forma de acumulación política).²⁵

Para completar el encuadre metodológico de la investigación haremos en esta sección algunas consideraciones respecto a un componente que hasta aquí estuvo implícito en el análisis, que es la conformación de la demanda de salud y, posteriormente, daremos cuenta de los criterios utilizados para la selección de los estudios de caso.

¿Cómo los ciudadanos entienden y atienden sus problemas de salud? ¿Cómo los gobiernos dan respuestas a las demandas y necesidades de salud de la población? ¿Cómo se configuran esas necesidades y demandas? ¿Quiénes las definen y quiénes establecen las prioridades? Estas preguntas clásicas de un abordaje conceptual desde los estudios de políticas públicas permiten mirar una cuestión particular, en este caso, la salud y el proceso en que se constituye como problema público. A su vez, las modalidades y definiciones que adquiere la cuestión salud en la denominada agenda pública y en la agenda de gobierno se inscriben entrelazadas a los procesos de implementación de políticas, a los usos y consensos imperantes en el conocimiento médico (hegemónico en la conformación del campo) y a una oferta de servicios fragmentada que se superponen entre sí y, en el caso de la región metropolitana, no se corresponden linealmente con los recortes jurisdiccionales establecidos por la institucionalidad formal.

Así planteado, la definición de la agenda sanitaria pone en diálogo los debates de las políticas sanitarias con la “gestión”. Donde, como ya señalamos, la gestión de la política sanitaria es conceptualizada como un espacio de intermediación entre actores estatales y sociales involucrados en el proceso de implementación, ese espacio se caracteriza por un componente inherentemente conflictivo, ya que allí se dirimen las perspectivas e intereses en disputa. Se trata de un espacio donde suelen expresarse las resistencias a una iniciativa y/o, a la vez, donde se pueden conformar coaliciones y lograr acuerdos que den viabilidad a la política en cuestión.

En tal sentido, la demanda de salud se constituye como tal en los planos macro y micro de la implementación²⁶ y se presenta arraigada profundamente a la oferta de atención hospitalaria y a la medicina alopática como conocimiento científico dominante en el campo de la salud. La centralidad que adquiere la

²⁵ En un artículo anterior se analizó como ambos casos también plantean formas contrapuestas de interpelar y construir el territorio (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2008).

²⁶ Recuperando el esquema analítico de Berman (1993).

“cuestión hospitalaria” en las demandas de la población a nivel local parece vincularse con esas coordenadas de la macroimplementación y también con una escasa jerarquía que tiene la “cuestión sanitaria” en la agenda pública y gubernamental. La debilidad de la “cuestión sanitaria” en la agenda pública hace alusión directa a una limitada presencia de actores sociales que expresen los intereses de los usuarios de los servicios públicos de salud y a una concepción sectorial restringida que impera en la práctica, más allá de discursos que adulan la integralidad y la prioridad del enfoque de la atención primaria de la salud. En este contexto cobran peso las organizaciones gremiales y profesionales del sector que tienen intereses directos en relación con la oferta hospitalaria y priorizan sus demandas a los problemas que esta suscita. Esta particular manera de interpretar las necesidades de salud y las formas de atención condiciona y referencia de un modo particular a las instancias locales; las que se erigen como receptoras de las demandas ciudadanas a partir de una interacción más cercana y de proximidad entre los miembros de la sociedad local y sus representantes.

Esta investigación indaga en las instancias locales de las políticas sanitarias poniendo el foco sobre los planos (ya referidos a propósito de las capacidades) de la atención y de la gestión.²⁷ Igualmente, cabe aclarar que estos dos planos están imbricados entre sí y con el de financiamiento, por ende, más allá del énfasis puesto en esos dos niveles de análisis, también existirán señalamientos y consideraciones respecto a los recursos presupuestarios y las modalidades de financiamiento. El *plano de la atención* refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población, y en él se dirimen cuestiones tales como: ¿cuáles son las prestaciones que se ofrecen?; ¿cuál es su alcance?; ¿cómo se definen los beneficiarios de cada prestación?; ¿bajo qué condiciones se habilitan las prestaciones?; ¿cómo se organizan las prestaciones con relación a las demandas?; entre otras. En el *plano de la gestión* tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos a través de las prestaciones y servicios y al modo en que se articulan los intereses de los actores: ¿cómo se organizan los servicios y las prestaciones?; ¿cuáles son los criterios de jerarquización?; ¿cuál es la relación con otros subsectores?; ¿qué jerarquía tiene esta relación en la política local?; ¿quiénes son los prestadores?; ¿cuál es la modalidad de incorporación?; ¿cómo se organizan los programas supralocales en la política local?; ¿cómo se organiza la relación entre niveles?²⁸

²⁷ Como ya se mencionó, se recupera la distinción propuesta por Tobar (2000).

²⁸ Aunque será considerado en menor grado, el *plano del financiamiento* refiere a cuestiones tales como: ¿cómo se asignan los recursos?; ¿de dónde provienen (fuente municipal, aporte de coparticipación, obras sociales, etc.); ¿qué impacto tiene en el gasto local?; ¿cuánto se gasta?

Desde un plano metodológico, cabe consignar que la investigación aborda este análisis a través de dos estudios de caso contruidos a partir de varias fuentes de información: una encuesta a hogares aplicada en cada uno de los municipios (sobre una base muestral representativa en cada caso)²⁹; la realización de una encuesta a efectores (aplicada a los directores y profesionales de los centros de salud)³⁰; y la realización de entrevistas en profundidad a funcionarios y directivos del sector salud, más el análisis de fuentes hemerográficas, de la normativa y las estadísticas sectoriales. La triangulación de estas fuentes permite poner en tensión miradas y perspectivas no siempre convergentes de los procesos de implementación, tal como se pone en evidencia en el desarrollo de los casos (capítulos 4 y 5). El relato de los actores constituye un insumo central para la elaboración de los estudios de caso, pero este relato, además de no ser homogéneo entre los múltiples intervinientes, también es contrastado a través de un seguimiento hemerográfico, así como de la normativa y documentos oficiales. Los casos se ordenan en una secuencia cronológica, pero con énfasis en el análisis de los procesos y guiados por las preguntas de la investigación en torno a las condiciones del régimen de implementación y a los márgenes de autonomía de los gobiernos locales.

La selección de los dos municipios obedece a contraponer características y modelos diferentes a nivel local, y en tal sentido se ponderó:

- la institucionalidad del municipio en función de su historia y trayectoria, donde destaca, en un caso, un municipio bicentenario (San Fernando) y, en el otro, uno de reciente creación (Malvinas Argentinas).
- la complejidad de la trama de las relaciones interjurisdiccionales (RIG), donde, centralmente, contrasta la jurisdicción encargada de la gestión hospitalaria (provincial en San Fernando y municipal en Malvinas Argentinas).
- los principales rasgos de la política local y el atravesamiento de las reformas de la década pasada (San Fernando sostuvo una oferta pública gratuita y acotada al primer nivel; mientras que Malvinas Argentinas

¿cómo se distribuye el gasto (hospital/centros de salud/emergencias)?; ¿quién y cómo se define la magnitud de la inversión?; ¿cuán flexible es la decisión en torno al gasto?; ¿cómo incide en el perfil del modelo de atención?

²⁹ La encuesta estuvo dirigida a captar el uso y la valoración de los centros de salud y se explica con más detalle en el capítulo 6.

³⁰ La encuesta a efectores fue aplicada en los centros de salud de ambos municipios y se explica con más detalle en el capítulo 6.

apostó por la construcción de una amplia oferta hospitalaria con mecanismos financieros de autogestión para no residentes y la incorporación de bonos contribución en los centros de salud).

- finalmente, se consideraron las características del perfil sociodemográfico y epidemiológico de su población.³¹

De este modo, la selección de los dos casos en los que indaga esta investigación busca mostrar dos estrategias locales en contrapunto: San Fernando, como un municipio que hace su “apuesta” por la gestión del primer nivel basada en una amplia red de centros de salud, y Malvinas Argentinas, donde el municipio salta las “fronteras” del primer nivel y se posiciona desde una fuerte oferta hospitalaria y de alta complejidad. Mientras que a nivel de la macroimplementación y las relaciones interjurisdiccionales las diferencias son notorias, en el plano de la microimplementación la operatoria de los servicios mantiene un funcionamiento bastante similar, aunque con los matices propios de acuerdo a la orientación política de los gobiernos locales.

En la búsqueda de esta investigación, los estudios de caso han sido utilizados como estrategia para poner en tensión el funcionamiento del subsector público de la salud en la provincia de Buenos Aires, y analizar los márgenes de autonomía de los gobiernos locales. De este modo, se dotó de densidad conceptual a la noción de autonomía y se desarrolló abundante sustento empírico que da cuenta de su complejidad y de efectos paradójales (cuestión que se despliega en los casos desarrollados en los capítulos 4 y 5). Asimismo, la investigación indagó en el nivel de la microimplementación, recuperando la mirada de los usuarios y de los efectores para analizar el desempeño y la accesibilidad en el primer nivel de atención (abordado en el capítulo 6), dando cuenta de que aquellos casos tan distintos en el plano de la macroimplementación presentan marcados puntos de contacto en esa instancia de interacción entre la población y los efectores de los servicios, lo que constituye muchas veces el espacio más opaco para el análisis de las políticas sanitarias.

³¹ Esto a los efectos de que no se trate de poblaciones muy distintas y sopesar la población sin cobertura de obra social (bajo el supuesto de que es la población que más utiliza los servicios estatales de salud), para lo cual, en el caso de San Fernando, se estableció una ponderación territorial de la muestra (tal como se explica en el capítulo 6).

Bibliografía

- Acuña, C. (1995) “Introducción”, en Acuña, Carlos (comp.) *La nueva matriz política argentina*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Aguilar Villanueva, L. (1993) “Estudio Introductorio”, en Aguilar Villanueva, L. (comp.) *La implementación de las políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Almeida, C. (2002) “Health system reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons learned from the 1980s and 1990s”, en *Cad. Saúde Publica*, 18 (4).
- Almeida, C. y Macinko, J. (2006) “Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local”, en *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, Brasília.
- Ariovich, A. (2010) “Análisis de la microimplementación de la política sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas”. Mimeo.
- Berman, P. (1993) “El estudio de la macro y la microimplementación”, en Aguilar Villanueva, L. F. (ed.) *La implementación de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Borja, J. y Castells, M. (1998) *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, Ed. Taurus, Madrid.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995) *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Grijalbo, México DF.
- Burrone, M.; Fernández, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Inocenti, P.; Estario, J. (2007) “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”, en *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, Número 2.
- Catenazzi, A. y Da Representação, N. (2009) “Acerca de la gestión de la proximidad”, en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Céspedes, J. et al. (2002) “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, en *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4).
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009) “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas”, en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2010) *Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de San Fernando*, UNGS, colección publicaciones electrónicas, n.º 19, Los Polvorines.

- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Moro, J. (2009) “Inequidades en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde lo local”, en *Revista Posdata*, n.º 14.
- Coyne, J. y Hilsenrath, P. (2002) “The World Health Report 2000: Can Health Care System Be Compared Using a Single Measure of Performance?”, en *American Journal of Public Health*, 92 (1), January.
- Evans, P. (1996) “El Estado como problema y como solución”, en *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 35, n.º 140, Buenos Aires.
- Jordana, J. (1995) “El análisis de los *policy networks*: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”, en *GAPP*, n.º 3, mayo-agosto, INAP, Madrid.
- Flores, W. (2005) “Equidad y reformas el sector salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005”. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH) - Capítulo de las Américas.
- Gelb Safran, D. (2003) “Defining the future of primary care: what can we learn from patients?”, en *Annals of Internal Medicine*, 138.
- Grindle, M. (ed.) (1997) *Getting Good Government. Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries*, Harvard University Press, U.S.A.
- Lipsky, M. (1971) “Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform”, en *Urban Affairs Quarterly*, VI (4).
- Majone, G. (1999) “Programas de investigación y programas de acción, o ¿puede la investigación de políticas aprender de la filosofía de la ciencia?”, en Wagner, P.; Weiss, C.; Wittrock, B. y Wollman, H. *Ciencias sociales y Estado moderno. Experiencias nacionales e incidencias teóricas*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Menéndez, E. (1984) “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”, en *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, n.º 3.
- Mogollón-Pérez, A. y Vázquez, M. L. (2008) “Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”, en *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), Río de Janeiro.
- Moro, J. y Roggi, C. (2001) “Capacidad de gestión de las áreas sociales provinciales: aportes para un diagnóstico”, VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Buenos Aires.
- Moro, J. (2009) “La información y el conocimiento en la gestión social: entre las expectativas incumplidas y los usos estratégicos”, en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.

- OMS y UNICEF (1978) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS.
- OMS (2000) “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, Génova.
- OMS (2002) “Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: informe del Grupo de Examen Científico Colegiado”.
- OPS (2001) “Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud”, Washington D.C., mayo 2001.
- OPS (2001a) “Reunión consultiva regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud”, Revista Panamericana de Salud Pública.
- OPS (2001b) “Grupo de trabajo de la región de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud”. Informe de la 1ª reunión, Ottawa.
- Parson W. (2007) *Políticas públicas: una introducción a la teoría y el análisis de políticas públicas*, Ed. Miño y Dávila, Buenos Aires.
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1998) *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*, Fondo de Cultura Económica, México DF.
- PROAPS-SIPPAPS (2006) “Programa de Atención Primaria de la Salud. Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de Salud”, Córdoba, Argentina.
- Repetto, F. (2004) *Capacidad estatal: requisito para una mejor política social en América Latina*, documento de trabajo n.º I-52, INDES-BID, Washington D.C.
- Repetto, F. (2009) “El marco institucional de las políticas sociales, posibilidades y restricciones para la gestión social”, en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Saltaman, R. (2006) “Drawing the strands together: primary care in perspective”, en Saltaman, R.; Rico, A. y Boerma, W. (coord.) *Primary care on the driver's seat?*, European Observatory of Health Systems and Policies Series, Glasgow, Bell & Bain Ltd.
- Spinelli, H. (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, en *Revista Salud Colectiva*, Sept.-Dic., UNLa. <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/publicacion18/pdf/3.pdf>
- Starfield, B. (2001) *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Editorial Mason.
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005) “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, en *The Milbank Quarterly*, 83 (3).

- Stoker, R. (1993) “Un marco de análisis para el régimen de implementación: cooperación y reconciliación entre los imperativos federalistas”, en Aguilar Villanueva, L. (comp.) *La implementación de las políticas*, Miguel Angel Porrúa, México DF.
- Tobar, F. (2011) “Gestión territorial en salud”, en Chiara, M. y Moro, J. (comp.) *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Tobar, F. (2000) *Herramientas para el análisis del sector salud*. Mimeo.
- Tobelem, A. (1992) “Institutional Development in the Latin America and Caribbean Region: Lessons of Experience and Recommendations for Improvement”, en *LATPS Occasional Paper Series*, Vol. 7, World Bank.
- Wallace, S. y Enriquez-Haass, V. (2001) “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (1).

Capítulo 2

Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires

Javier Moro (ICO/UNGS)

I. Territorio y políticas sanitarias

Abocarse al estudio de las políticas sanitarias del subsector estatal en el Gran Buenos Aires (GBA) implica el reconocimiento de una entidad que viene dada a priori, es decir que hay una especificidad construida institucionalmente en el campo de la salud y en un territorio –el conurbano– que presenta también sus propias particularidades. Sin embargo, no se plantea aquí una relación lineal entre las fronteras jurisdiccionales y el recorte del estudio –de hecho, no hay instancia de gobierno que se plantee competencias en el GBA como tal–, antes bien, esta investigación se monta a partir del cruce entre esas dos dimensiones: la institucionalidad de las políticas sanitarias y la dinámica territorial.

Al respecto, cuando se plantea la cuestión sanitaria en términos territoriales se asume la globalidad del área metropolitana. Esto implica, por un lado, reconocer que las dinámicas poblacionales en esta área funcionan más en términos de flujos con una alta movilidad que como enclaves aislados y circunscriptos de manera estricta a los límites trazados por cada jurisdicción. Junto a este aspecto de la movilidad, la dimensión territorial también hace al reconocimiento de un conurbano que se constituye como tal a partir de una centralidad dada con respecto a la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, no tomamos aquí por

objeto de estudio esa centralidad y sus vínculos con las periferias –perspectiva que muchas veces da por hecho que las dinámicas se definen siempre en función del centro–, sino que ponemos el foco en esas áreas que inicialmente pudieron surgir como continuidades o complementos, pero que, entendemos, generan sus propias dinámicas.

Este abordaje permite preguntarnos por la entidad misma del GBA pero también estar precavidos respecto de perspectivas que tiendan a interpretarlo como un todo homogéneo. Esta salvedad resulta pertinente a la luz de una representación del conurbano que emerge en el imaginario social con la fuerza de un área de alteridad respecto a la centralidad urbana, como suburbio amenazante frente a la ciudad civilizada. El GBA se asocia y da lugar a algunas dicotomías y estereotipos (ya clásicos) que atraviesan la historia social argentina. En esta construcción de sentido donde los medios de comunicación cobran protagonismo, el conurbano emerge como un territorio sin ley, donde el solo hecho de nombrarlo remite a una explicación que se impone como autoevidente y alude a muchos de los peores males que acechan al orden social y, en palabras más mediatizadas, a la institucionalidad democrática.

En la investigación social, los abordajes sobre el GBA suelen tomar como referencia la definición del sistema estadístico nacional que preside el INDEC. Sin embargo, allí también hay que hacer una serie de salvedades, ya que esa definición no se refiere al conurbano como tal sino que considera al GBA como una región que comprende a los 24 municipios del conurbano más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Acá hay un contrapunto con el uso más habitual del GBA que remite al conurbano sin la Ciudad de Buenos Aires. El propio INDEC reconoce esta diferencia pero mantiene el criterio de considerarlo como una sola región, análoga, en términos estadísticos, a cualquier otra donde se aplica la EPH (Cuyo, NEA, NOA pampeana o patagónica).

A la vez, el propio INDEC a veces utiliza la clasificación de Aglomerado GBA; aquí, hay una superposición respecto de la Región GBA, pero no son lo mismo. La noción de aglomerado se define en función de lo que se denomina la “mancha urbana”, esto es, en virtud de la continuidad geográfica respecto a la urbanización del área. En tal sentido, se trata de un área más extensa (alcanza a 30 municipios) pero en algunos casos hay municipios que son abarcados solo parcialmente bajo la denominación de aglomerado (diez de ellos ya estaban incluidos en la definición más tradicional de Región GBA y seis se incorporan parcialmente: Pilar, Escobar, General Rodríguez, Presidente Perón, San Vicente y Marcos Paz).

En cuanto a su institucionalidad política, si bien, como ya fue mencionado, el área como tal carece de un ente de gobierno, sí existen definiciones del conurbano por parte del gobierno provincial a los fines de la descentralización administrativa y del financiamiento; en tal sentido, la ley 13.347 en su artículo 1 define: "... que integran el área territorial del conurbano bonaerense los actuales municipios de: zona sureste (Avellaneda, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Alte. Brown); zona Gran La Plata (Berisso, Ensenada, La Plata); zona sur (Presidente Perón, San Vicente, Esteban Echeverría, Ezeiza); zona suroeste (Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza); zona noreste (Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, Escobar); zona noroeste (Merlo, Moreno, General Rodríguez, Pilar); zona norte-centro (San Martín, Tres de Febrero, San Miguel, Malvinas Argentinas, José C. Paz); zona oeste (Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Marcos Paz)".

Más allá de esta definición general del ejecutivo provincial, en el sector salud no parece haber sido considerado el GBA como un criterio para la conformación de regiones sanitarias¹ que se proponen como instancias de coordinación territorial, al menos, no lo fue en un sentido restrictivo de pertenencia al área (lo que se pone de manifiesto en la Región Sanitaria V, donde situaremos los estudios de caso, que abarcan a municipios del conurbano y a otros que no lo son).

Este breve *racconto* da cuenta de que existen diferentes criterios y modos de representación para hacer referencia a un área territorial que se extiende alrededor de la Ciudad de Buenos Aires. En nuestro caso, en función del tema de interés y dadas las posibilidades de acceso a información estadística, nos inclinamos por una definición del conurbano en términos análogos al INDEC, en el sentido de considerar a los 24 municipios de la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), pero, a diferencia de la definición de Región GBA dada por el INDEC, en este trabajo el GBA hará referencia al conurbano en el sentido más frecuente, es decir, acotados a esos 24 municipios sin la CABA.

Según los datos arrojados por el censo de 2010, en el GBA habita una población total de 9.910.282 habitantes, y junto con la CABA alcanza los 12.801.364 habitantes, prácticamente uno de cada tres habitantes del país, lo que significa un 31,93% del total. Mientras que en los municipios del conurbano la población se incrementó un 14,11% más que el promedio nacional y un 12,78% más que en el censo de hace nueve años, en la ciudad el número de habitantes permanece

¹ Un análisis del marco institucional que define las regiones sanitarias se presenta en el capítulo 3 de este libro.

relativamente estable. Sin embargo, sigue siendo esta la que presenta mayor densidad poblacional, la cual disminuye a medida que nos alejamos del centro porteño.

Dentro de esta vasta y extensa superficie que constituye el GBA, a fin de profundizar el análisis en el nivel de implementación de las políticas sanitarias y, a la vez, dar cuenta de la heterogeneidad que caracteriza al subsector público de salud, se seleccionaron dos municipios disímiles para desarrollar los estudios de caso. El contrapunto responde no solo al esquema de las políticas sanitarias, ya mencionadas en el capítulo 1, sino en cuanto a la trayectoria histórico-institucional de cada una de las jurisdicciones. Mientras que San Fernando se presenta como un municipio bicentenario, lo que implica un cierto entramado de actores y una institucionalidad relativamente consolidada, Malvinas Argentinas integra el grupo de los municipios más recientes —cuenta con poco más de 15 años de existencia como tal—, por lo que estaremos analizando un período de carácter más bien fundacional en el nivel local.

II. Un breve *racconto* del proceso de conformación del conurbano²

La urbanización de los municipios del conurbano se puede analizar a través de distintos procesos que se dieron a lo largo del siglo xx y que muestran un vínculo de ‘distancia-proximidad’ (espacio-temporal) respecto a la Ciudad de Buenos Aires. Justamente, a partir de un criterio de proximidad espacial suelen desagregarse dos o tres cordones concéntricos³ que tuvieron su momento de expansión en diferentes momentos históricos.

El crecimiento más notorio del primer cordón bonaerense —y que le comienza a dar su actual conformación de conurbano metropolitano— se dio en la década de 1930 bajo el impulso del incipiente proceso de industrialización por sustitución de importaciones.⁴ Una de las principales características de este período fue la

² En este apartado y el siguiente se recuperan algunos análisis de un documento elaborado de manera colectiva por este equipo de investigación (Chiara y otros, 2011).

³ El primer cordón está conformado por: Avellaneda, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Lanús, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. El segundo cordón está constituido por: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre. El tercer grupo, que no está comprendido en los 24 partidos del GBA, está conformado por: Escobar, Pilar, Campana, Exaltación de la Cruz, Zárate, Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Luján, Marcos Paz, Brandsen, Cañuelas, Presidente Perón, San Vicente, La Plata, Berisso y Ensenada.

⁴ Los inicios históricos de varios municipios son anteriores, como los casos de San Fernando, San Martín y San Isidro, en el norte, y algunos municipios del sur que tuvieron un auge más

radicación de zonas fabriles acompañada por el crecimiento de barrios aledaños en torno a los corredores ferroviarios. Paradójicamente, las estaciones de trenes de una red ferroviaria que había sido construida en el período anterior bajo el esquema agroexportador (para unir la pampa húmeda con el puerto porteño) se constituyeron en los puntos nodales de las nuevas centralidades urbanas.

Otra característica de este período fue el cambio en la dinámica poblacional a partir de la modificación del patrón migratorio. Mientras que el período agroexportador se caracterizó por grandes flujos de inmigración extranjera (principalmente de la Europa mediterránea) y una mayor demanda laboral en zonas rurales, con el proceso de industrialización comenzó una demanda de mano de obra en las áreas urbanas y esto provocó un nuevo flujo migratorio desde las provincias hacia la ciudad, particularmente hacia el GBA. Si el conventillo fue el ámbito espacial emblemático que marcaba las condiciones de hacinamiento imperantes en la Ciudad de Buenos Aires durante el auge agroexportador, con el nuevo escenario surgen los barrios obreros y los asentamientos precarios conocidos como villas de emergencia. En los 40, el incremento poblacional en las nuevas áreas de urbanización del GBA fue favorecido por las políticas de acceso a la vivienda del primer peronismo que fueron consolidando áreas más extensas que densamente pobladas.

En este marco, la urbanización del GBA se produce, por un lado, como parte de un proceso de industrialización que tuvo como epicentro a los municipios conformados en torno a la Ciudad de Buenos Aires, y, a su vez, se da en un contexto de acceso a tierra urbana a bajo costo, aunque a expensas de una limitada provisión de servicios básicos. En el plano social, la representación estereotipada de esos nuevos habitantes de los suburbios —en términos de “aluvión zoológico” y “cabecita negra”, entre otros— pasó a ser la marca social distintiva y dominante para buena parte del conurbano bonaerense, sobre todo a partir de octubre de 1945 y la emergencia del peronismo en la escena política.

En las décadas de 1950 y 1960 se sostuvo ese patrón de crecimiento que no fue acompañado con una planificación urbana, por lo que el desarrollo de los servicios de infraestructura básica fue más bien lento, desordenado e incompleto. Durante esas décadas se consolidaron amplias zonas ocupadas por barrios autoconstruidos, carentes de servicios y muchas veces inundables (Torres, 1999).

temprano en torno a los saladeros, posteriormente los frigoríficos y las curtiembres, entre otras actividades. En el año 1852 fue creado el Partido de Barracas al Sur, que comprendía el territorio de los actuales partidos de Avellaneda, Lanús y Lomas de Zamora.

A mediados de los 70, el proceso de desindustrialización selectiva y de apertura económica iniciado en la última dictadura marcó el fin de ese patrón de crecimiento del GBA (Calello, 2000). A partir de los 80 –y luego profundizado por las políticas neoliberales de los 90–, el conurbano muestra procesos divergentes; mientras permanece relativamente estable (o con bajo incremento) la población en el primer cordón, el crecimiento demográfico se concentra en el segundo y tercer cordón. En términos de movilidad espacial, emergen las autopistas como nuevos corredores y las urbanizaciones cerradas (principalmente los *countries*) como nuevos hábitats de las clases privilegiadas que disputan la ocupación territorial con sectores de menores ingresos (Torres, 2001). Comienza a expresarse en la geografía del GBA la nueva configuración dual y segmentada de la estructura social Argentina.

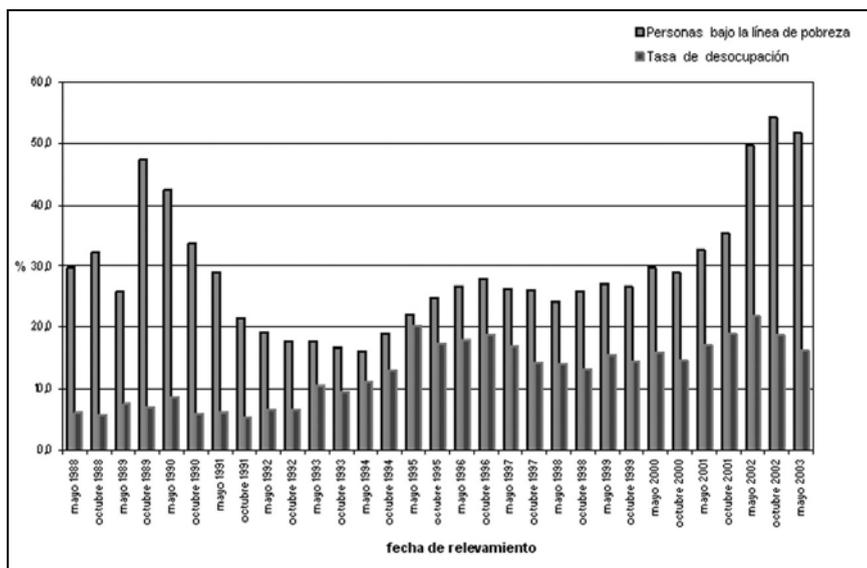
Así, mientras que en torno a los corredores ferroviarios se presenta una trama urbana más antigua y de corte ‘tradicional’, donde la estación de tren, la plaza, el área comercial, la municipalidad, la escuela, el hospital, etc., se disponen como una continuidad sobre la cuadrícula urbana, configurando un sentido espacial abierto y público, contrariamente, en torno a los nuevos corredores de las autopistas, se incorporan urbanizaciones semicerradas y discontinuas. Allí, el *shopping* reemplaza al centro comercial abierto y acompaña la instalación de enclaves que funcionan a modo de archipiélagos, similares a los suburbios de varias ciudades estadounidenses. Este cambio en la disposición urbana no se circunscribe a las áreas espaciales que habitan los sectores de mayores ingresos; en el otro extremo de la escala, este sentido de parcialidad cerrada se ve potenciado por el crecimiento de amplias zonas de segregación y relegación espacial (Soldano, 2008). Los asentamientos y villas funcionan como áreas de exclusión en un doble sentido: por la discriminación y postergación cotidiana que padecen sus habitantes, y por las dificultades de integración, accesibilidad e inseguridad con relación al resto del entramado urbano.

Este proceso de segregación y fragmentación espacial, intrínsecamente vinculado con la transformación profunda en la estructura social, marcó un quiebre con la dinámica de movilidad social ascendente que caracterizó a la sociedad argentina en gran parte del siglo pasado, y se vincula con tres procesos combinados que fueron dominantes desde la segunda mitad de los 70 hasta los primeros años del nuevo milenio: el aumento y cambio de perfil de la pobreza (a la pobreza estructural se sumó el fenómeno que algunos autores dieron en llamar la “nueva pobreza”, poniendo el foco en la pauperización de sectores medios); la crisis del mercado laboral (con altas tasas de desempleo junto a una

creciente precarización laboral y aumento de la informalidad); y, finalmente, el incremento de la desigualdad, en buena medida, como corolario de estos procesos. A esto se sumaron las crisis recurrentes y sus secuelas (hiperinflación 1989-90, crisis de 2001/2002) que fueron delineando un nuevo tipo de sociedad.

Al respecto, el siguiente gráfico muestra para el período 1988-2003 la evolución de la pobreza y la desocupación en el GBA (en este caso, se trata de la Región GBA definida por el INDEC, por lo tanto, abarca conurbano y ciudad).

Gráfico 2.1: Evolución de la pobreza y la desocupación en el Gran Buenos Aires desde 1988 hasta 2003



Fuente: EPH-INDEC.

Tal como puede observarse, los picos máximos de la línea de pobreza –siempre en niveles muy elevados– coinciden con ambas crisis (1989 y 2002), mientras que la desocupación alcanza por primera vez los dos dígitos en el año 93 y se mantiene siempre alta, registrando niveles máximos en el 95 (año del denominado “efecto tequila”, que significó el primer cimbronazo para el Plan de Convertibilidad) y en mayo del año 2002 con un 22% de desocupados tras cuatro años de una economía en recesión.

III. Crisis, poscrisis y situación actual del conurbano con relación a la situación sanitaria

No resulta sorprendente que los impactos de la crisis económica, política y social que hizo eclosión en diciembre del 2001 se hayan sentido con más dureza en el GBA, un área signada por la desigualdad, con fuertes heterogeneidades y bolsones de pobreza estructural. Para el año 2001, un 17,6% de la población del conurbano tenía necesidades básicas insatisfechas (NBI), con heterogeneidades internas sumamente marcadas que van desde partidos con un 4% de población con NBI, hasta otros que llegan al 26% de su población. Según los primeros datos del censo de 2010, esta área urbana sigue presentando un riesgo sanitario importante: de los casi tres millones de hogares que habitan en los 24 municipios del GBA, solo el 41% tiene acceso a red cloacal. Igualmente, cabe consignar que este dato presenta una mejoría respecto del año 2001 cuando este porcentaje ascendía al 56% de los hogares.

Asimismo, un informe del CELS del año 2009⁵ sobre la provisión de agua potable en el área metropolitana, elaborado a partir de la información provista por las dos empresas encargadas del suministro en el área (AySA y ABSA), reporta que en el GBA más de tres millones de personas no cuentan con el servicio de agua potable por red. La mayor parte del déficit de cobertura del área de AySA se encuentra en el oeste y en el sur del conurbano, con porcentajes de 42% y 33% respectivamente, mientras que en el norte el déficit se reduce a un 15%, aunque aquí también aparecen municipios, bajo la cobertura de ABSA, con déficits elevados (tales como Malvinas Argentinas, José C. Paz y San Miguel, con porcentajes de 90%, 84% y 65% respectivamente).

Por su parte, la revisión de indicadores relativos al mercado laboral permite analizar el proceso de transformación de la economía y su incidencia en un conurbano con amplios enclaves territoriales, originalmente ligados a la radicación de industrias, como se mencionó anteriormente. El trabajo no registrado (“en negro”)⁶ tuvo un incremento significativo entre los 80 (donde al inicio de esa década apenas superaba el 20%) y el año 2004, cuando llega a su pico máximo superando los 42 puntos porcentuales; en casi dos décadas, prácticamente se duplicó el nivel de empleo no registrado sobre el total de trabajadores.⁷

⁵ ACIJ, CELS, COHRE (2009).

⁶ La tasa de empleo no registrado mide la relación entre el empleo no registrado y el total de los asalariados de 18 años y más (se toma este corte de edad porque es a partir de los 18 años que hay obligación legal de realizar aportes a la seguridad social).

⁷ Los datos fueron tomados de Sarabía, M. (2007).

Además de lo notable y sostenido del ascenso del empleo no registrado, este proceso devela un cambio cualitativo respecto al perfil del sector informal. Esto refiere a que hasta los años 70 este sector contenía mayoritariamente a cuentapropistas y autónomos que tenían ganancias relativamente similares o aun mejores que los asalariados formales, pero a partir de los 80 el incremento de la informalidad tiene mucho que ver con un cambio de perfil, donde comienza a ser cada vez más significativo el trabajo en negro junto al ‘rebusque’ o la changa, de forma tal que la informalidad deja de ser una opción de autonomía del trabajador para pasar a ser un refugio ante la desocupación.⁸ Ese panorama, sumado al aumento del desempleo en los 90, implicó, además de una transformación estructural del mercado laboral, un cimbronazo para una arquitectura de políticas sociales anclada en una combinación de servicios universales (educación y salud) más un sistema de seguridad social montado sobre la figura del trabajador asalariado y formal. La pérdida del empleo formal significó para muchas familias quedarse sin el aseguramiento de una futura jubilación y sin la cobertura de salud (además de quedarse sin el ingreso salarial en el caso de los desempleados).

En tal sentido, dada la importancia que tienen las obras sociales en la organización del sistema de salud en nuestro país, la pérdida de trabajo y la informalidad en el empleo dieron lugar, entre otros factores, a un acelerado incremento de la demanda del subsector público de salud. La situación del mercado laboral incide directamente en la cobertura de salud, agudizando las disparidades y desigualdades al interior de la región. Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 muestran que en el conurbano el 47,6% de sus habitantes no contaban con cobertura de salud, pero mientras en algunos municipios este registro descendía al 27% (San Isidro, Vicente López) en otros alcanzaba el 65% (Moreno, Florencio Varela).

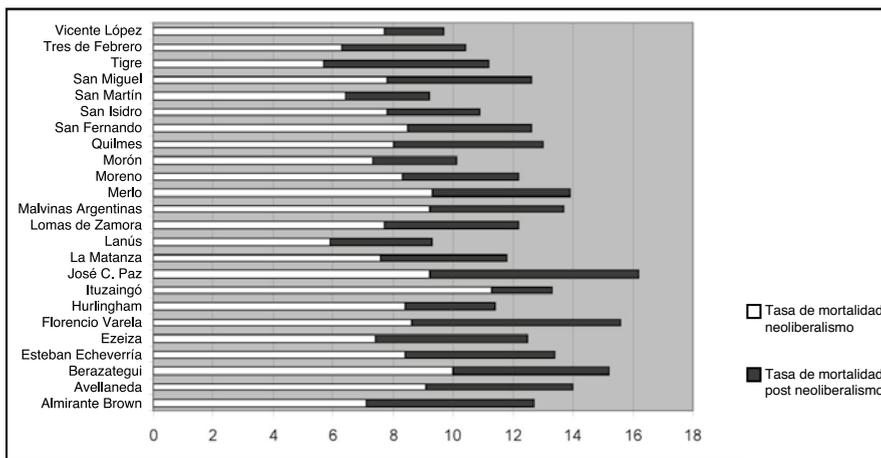
A partir del año 2003 comenzó a revertirse el incremento del desempleo, la pobreza y, aunque de manera más leve, la desigualdad. Desde ese año, la economía inició un período de crecimiento sostenido con una recuperación del mercado interno y de la industria nacional que permitió la creación de puestos de trabajo (en torno a los cuatro millones) y provocó un descenso del desempleo (en el GBA para el tercer trimestre del año 2010 se ubicó en un 8% de la PEA, EPH-INDEC). Sin embargo, uno de los aspectos de la inserción en el mercado de trabajo que aún –tras casi ocho años de crecimiento– se mantiene en situación crítica es, justamente, la informalidad laboral. En el GBA para fines del 2010, según la EPH-INDEC, había un 33% de asalariados sin aportes a la seguridad social. Este último dato indica la

⁸ Bayón y Saraví (2002).

dificultad para revertir una de las principales secuelas de las políticas neoliberales de los 90 y de las casi tres décadas de un proceso de desindustrialización.

El retroceso en las condiciones de vida y el aumento significativo de la demanda hacia el subsector público de salud planteó serias dificultades para organizar una oferta acorde en cantidad y calidad, particularmente en el GBA, donde la desigualdad socioeconómica entre municipios muestra un correlato en materia sanitaria. Así, por ejemplo, vale como referencia considerar las diferencias en los índices de mortalidad infantil; mientras que Vicente López en el año 2007 tuvo una tasa de mortalidad en torno al 9 por mil, en los municipios de José C. Paz y Florencio Varela esta llegó al 16,2 y al 15,6 por mil respectivamente. (Gráfico 2.2).

Gráfico 2.2: Mortalidad infantil y sus componentes por municipio del Gran Buenos Aires, 2007



Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008.

Para el período bajo análisis en esta investigación, la tasa de mortalidad infantil presentó su pico máximo en el año 2003, como secuela de la crisis de los años 2001/02, y a partir de allí comenzó a descender pero manteniéndose, en todos las áreas, por encima de los dos dígitos. El siguiente cuadro muestra un recorte por zona y cordón para este indicador, lo que permite visibilizar la variabilidad regional, a la vez que pone en evidencia que los peores registros se dieron en el segundo cordón del GBA⁹, que registraron las tasas de mortalidad más altas en

⁹ Recuérdese que el tercer cordón no forma parte del GBA, simplemente se lo incluye a fines de contraste. La noción de cordón responde a un criterio de agrupamiento de los municipios

las tres zonas. Las bajas más sensibles también se dieron en ese segundo cordón en las tres zonas, pero mientras que en la zona norte y sur prácticamente se cerró la brecha entre cordones, en la zona oeste todavía se muestra un diferencial de más de cuatro puntos.

Cuadro 2.1: Mortalidad infantil por zona y cordón del Gran Buenos Aires, 2003 y 2007

	2003	2007
Total provincia	16,3	13,6
Total conurbano	17,1	14,1
Zona norte		
Cordón 1	14,5	11,1
Cordón 2	20,8	14,8
Cordón 3	16,6	14,9
Zona oeste		
Cordón 1	15,8	13,1
Cordón 2	20,0	16,8
Cordón 3	18,3	12,5
Zona sur		
Cordón 1	16,1	14,2
Cordón 2	18,1	14,6
Cordón 3	14,8	15,1

Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008.

por su continuidad geográfica y en relación a su proximidad/distancia con respecto a la Capital Federal; justamente por esta circunvalación respecto de la Ciudad de Buenos Aires también suelen ser denominados coronas o anillos. En este cuadro, cada uno de los 3 cordones se desagrega considerando la orientación geográfica (norte, oeste y sur). De este modo, hacia el norte, el cordón 1 incluye: Gral. San Martín, San Isidro, Tres de febrero y Vicente López; el cordón 2: José C. Paz; Malvinas Argentinas, San Fernando, San Miguel y Tigre; el cordón 3: Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, Pilar y Zárate. Por su parte, hacia el oeste, se agrupan del siguiente modo; cordón 1: Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza y Morón; cordón 2: Merlo y Moreno; cordón 3: Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Luján y Marcos Paz. Finalmente, hacia el sur, el ordenamiento es el siguiente; cordón 1: Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes; cordón 2: Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza y Florencio Varela; cordón 3: Brandsen, Cañuelas, Presidente Perón, San Vicente, La Plata, Berisso y Ensenada.

El contexto de la crisis y poscrisis del 2001/2 tornó más evidente las desigualdades sociales y, como reseñaremos a continuación, puso en evidencia las capacidades de gestión muy heterogéneas del subsector público de salud que coexisten en el conurbano bonaerense.

IV. La heterogénea oferta sanitaria del subsector público en el GBA: financiamiento y servicios

Las inequidades socioeconómicas y sanitarias de larga data en el conurbano pueden paliarse o, en el mejor de los casos, revertirse desde las políticas públicas y la oferta de servicios; aunque también, en el peor de los escenarios, esas inequidades pueden resultar potenciadas. Esta última apreciación, en el caso del sector salud, hace alusión al proceso de descentralización que otorgó nuevas responsabilidades en materia de salud a los municipios, los que respondieron en función de sus capacidades (por cierto, bastante disímiles) poniendo en cuestión la capacidad sistémica del sector y la efectividad de ese (re)diseño organizacional. Este proceso consistió en una serie de transferencias progresivas en diferentes períodos, escasamente formalizadas, desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios y hacia efectores del sistema, como los hospitales, que pasaron a funcionar bajo una modalidad de autogestión.¹⁰

Vale hacer aquí una referencia general respecto del subsector público de salud que tuvo su auge en los años 40 durante el primer peronismo, con un fuerte impulso del Gobierno nacional y un esquema centralista en cuanto a la gestión de los servicios. Posteriormente, a fines de los 50, se produce la primera transferencia hacia las jurisdicciones provinciales, proceso que se reitera de manera parcial en las décadas siguientes y que tiene un avance definitivo en los 90 a través de dos líneas de acción: la transferencia de los hospitales que aún quedaban bajo la órbita nacional y la ya mencionada modalidad de hospitales de autogestión.¹¹

¹⁰ El decreto 578/93 reglamentó el funcionamiento de los Hospitales Públicos de Autogestión, luego denominados Hospitales Descentralizados (Decreto 737/00).

¹¹ Esta reforma, promovida por el Gobierno nacional, fue instrumentada a través de un acuerdo en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) del año 1991 que hacía alusión explícita a la descentralización, entendida como “la delegación del poder político, las decisiones y prioritariamente los recursos, acercando de este modo la administración al lugar donde se producen los hechos, dentro de un marco regulatorio unificado” (citado en Repetto y Moro, 2004).

Por su parte, el primer nivel de atención en el Gran Buenos Aires se fue construyendo a partir de iniciativas estatales (motorizadas principalmente por los municipios) y también por acciones impulsadas por organizaciones sociales (sociedades de fomento) que demandaban la instalación de establecimientos sanitarios en los barrios. Esto fue moldeando un conjunto de efectores con capacidades de gestión muy heterogéneas que, en buena medida, dependían de las posibilidades de movilizar fondos de sus organizaciones mentoras y de las inversiones realizadas por los gobiernos locales. Desde fines de los 80, y al cabo de dos décadas de un proceso de municipalización, se fue modelando un primer nivel de atención bajo la órbita municipal (resultado, por un lado, de la descentralización de algunos centros de salud de origen provincial y, por otro, de las salas de primeros auxilios gestionadas por las Sociedades de Fomento)¹², al tiempo que distintos programas provinciales y nacionales los fueron dotando de recursos de distinto tipo.¹³ En dos décadas, la cantidad de centros de salud pasó de 402 en 1988 a 715 en el año 2008.¹⁴

Esta particular conformación del subsector público de salud en el conurbano bonaerense hace que a nivel territorial se entrecrucen las tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, con competencias para regular, gestionar recursos humanos, servicios, y diseñar políticas sectoriales; esto, en un entorno institucional que no plantea una distribución clara de funciones para cada jurisdicción.

Aun así, en los hechos sí se ha dado, como se observa en el cuadro 2.3, una especialización municipal respecto al primer nivel de atención y en la llamada atención primaria de la salud; esto, como corolario del ya mencionado proceso de municipalización. Esto se pone también en evidencia en la distribución de las *consultas médicas totales* según la jurisdicción del establecimiento: la mayor parte (79%) se realiza, tanto en el primero como en el segundo nivel, en la

¹² Es por este doble sentido del proceso que en este caso utilizamos el término “municipalización”. Se dieron dos procesos en simultáneo y con sentido inverso: por un lado, se continuó la lógica de la descentralización de efectores del primer nivel, en este caso desde la provincia hacia los municipios; a su vez, también se produjo la ‘absorción’ por parte de los municipios de las Unidades Sanitarias que venían siendo gestionadas por sociedades de fomento y otras organizaciones sociales.

¹³ Entre los provinciales vale mencionar el Programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud), el Plan Salud con el Pueblo y Salud para Todos; y del nivel nacional se destacó el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

¹⁴ Igualmente, cabe señalar que no obstante este crecimiento, no se está afirmando acá que la actual oferta sea suficiente en términos de cobertura; el primer nivel de atención del subsector público en su actual composición tiene una dotación promedio de un centro de salud cada 14 mil habitantes en el área de los 24 municipios del GBA.

órbita municipal, mientras que solo un 19% de las consultas tienen lugar en consultorios de los hospitales provinciales. Interesa destacar que cuando hablamos aquí de atención primaria de la salud (APS), esto abarca las consultas en el primer nivel de atención (CAPS) pero también la mayor parte de las consultas realizadas en el segundo nivel (aquellas que refieren a las especialidades comprendidas en la APS¹⁵).

Cuadro 2.2: La oferta sanitaria estatal en el Gran Buenos Aires, 2008

	Centros de atención primaria de la salud (CAPS)	Consultas médicas totales	Consultas en CAPS	Hospitales	Camas
Nacionales	--	580.369	--	2	481
Provinciales	--	4.749.804	--	30	5.599
Municipales	715	20.222.645	16.937.486	34	2.802
Totales	715	25.552.818	16.937.486	66	8.882

Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008. (Chiara *et al.*, 2011).

Por su parte, el segundo nivel de atención dispone de 66 establecimientos hospitalarios, y casi la mitad de las camas corresponden también al nivel local. Los 66 hospitales cuentan en total con 8.882 camas, distribuidas de la siguiente manera: 481 bajo jurisdicción nacional, 5.599 provinciales y 2.802 municipales.

La oferta sanitaria, en términos de camas por habitante (ya sean de jurisdicción nacional, provincial o municipal) para cada uno de los municipios, pone en evidencia las disparidades y, en muchos casos, las inequidades (en el sentido de que son varios los casos donde coincide la menor oferta con mayores niveles de pobreza). A su vez, la secuencia de los últimos 9 años muestra un marco de relativa estabilidad de la oferta hospitalaria¹⁶, con la excepción del municipio de Malvinas Argentinas que muestra un notable incremento de su cantidad de camas para internación y que será analizado con más detalle en el capítulo 4.

¹⁵ Se consideran comprendidas en la APS las siguientes especialidades: medicina general o clínica, pediatría, ginecología, obstetricia, salud mental y, en algunos casos, también cardiología.

¹⁶ Tal es el caso de San Fernando, que será analizado en el capítulo 5.

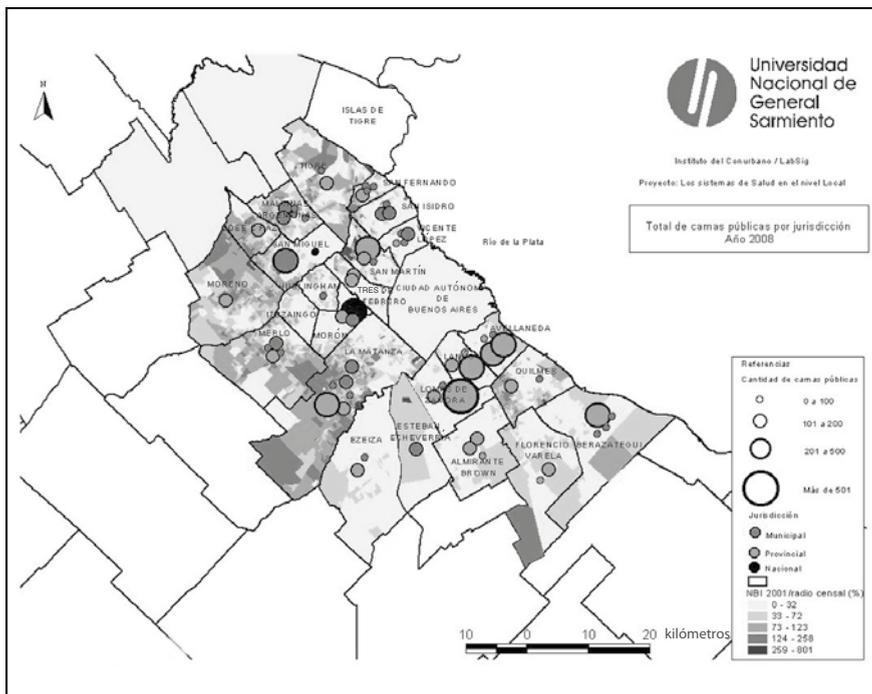
Cuadro 2.3: Estructura hospitalaria: camas cada 100 mil habitantes en los 24 municipios del Gran Buenos Aires, 2000/2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total provincia	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8
Total conurbano	1,4								
Almirante Brown	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Avellaneda	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,1
Berazategui	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Esteban Echeverría	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
Ezeiza	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Florencio Varela	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
Hurlingham	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Ituzaingó	-	-	-	-	-	-	-	-	-
José C. Paz	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6
La Matanza	0,6	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Lanús	0,9	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lomas de Zamora	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1
Malvinas Argentinas	0,5	0,6	0,9	1,2	1,2	1,2	1,3	1,6	1,7
Merlo	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
Moreno	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Morón	2,6	2,4	2,5	2,5	2,7	2,8	2,7	2,6	2,5
Quilmes	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
San Fernando	1,2	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
San Isidro	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
San Martín	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3
San Miguel	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Tigre	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Tres de Febrero	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7
Vicente López	1,2	1,3	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3

Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008.

En cuanto a las estrategias de los municipios bajo el marco de la descentralización, si bien muchos han optado por mantener su marco de acción acotado al primer nivel de atención, también son varios los que muestran desarrollos en el ámbito de la oferta hospitalaria. Al respecto, la representación gráfica del siguiente mapa permite visualizar un marcado contraste entre el norte y el sur que parecería indicar patrones diferentes de configuración del papel del municipio y de la articulación interjurisdiccional al interior del subsector público. Mientras que en la geografía del sur la oferta mayoritaria de camas es provincial (aparece coloreada con círculos celestes), hacia el norte del GBA emergen las circunferencias verdes que indican la oferta hospitalaria para internación a cargo del municipio.

Mapa 2.1: Total de camas públicas por jurisdicción en el Gran Buenos Aires, 2008



Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008, e INDEC, 2001. (Chiara *et al.*, 2011).

De este modo, la oferta hospitalaria actual, correspondiente al segundo nivel de atención en el GBA, es resultado de la expansión de políticas municipales y provinciales. Entre las primeras, en esta investigación se toma como caso emblemático al municipio de Malvinas Argentinas, donde se verifica una tendencia a la creación de establecimientos, la dotación de equipamiento de diagnóstico y tratamiento y la ampliación de camas bajo la órbita municipal.¹⁷

En cuanto a las políticas provinciales para el segundo nivel se destaca la transferencia a la órbita provincial de algunos establecimientos municipales, como el Hospital Mi Pueblo, de Florencio Varela, y el Hospital Mariano y Luciano de la Vega, de Moreno. Lo mismo había sucedido en la década pasada con la creación de hospitales en las jurisdicciones provinciales de José C. Paz y Berazategui¹⁸, financiados entonces por el denominado Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense.

Asimismo, también en el cordón sur, se ha puesto en marcha el Hospital de Alta Complejidad en Red del Cruce a través de un modelo innovador de gestión mixta que incluye a los municipios de Quilmes, Berazategui, Almirante Brown y Florencio Varela, junto a las jurisdicciones nacional y provincial. El Hospital del Cruce¹⁹ es un centro de alta complejidad en “red” que surge como respuesta a la necesidad de los habitantes de la zona sur del conurbano de acceder a una atención de mayor complejidad. En este sentido, constituye un nodo de la red de salud integrada por los cinco hospitales de la región; a este hospital solo se puede acceder desde una derivación de los hospitales zonales en caso de requerir una mayor complejidad, lo cual se realiza por medio de un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades.

Según datos del año 2008, 34 establecimientos (el 54%) estaban bajo jurisdicción municipal, mientras que una cantidad algo menor, 30 establecimientos, pertenecían a la provincia y 2 a la nación. De este modo, la jurisdicción municipal alcanzó una leve primacía en la cantidad de hospitales públicos por sobre la provincial, históricamente responsable del segundo nivel. Pero como se muestra también en el siguiente cuadro, esta primacía municipal se revierte en la dotación de camas, donde el 61% corresponden al nivel provincial, el 33% al municipal y el 7% al nacional.

¹⁷ Para un análisis de la experiencia, se remite al capítulo 4 de este libro.

¹⁸ Hospital Mercante de José C. Paz y Hospital Evita Pueblo de Berazategui.

¹⁹ Comenzó a funcionar en el año 2008 con 58 camas.

Otro dato clave para analizar el funcionamiento de la oferta del segundo nivel de atención en relación con las jurisdicciones es la desagregación de los niveles de complejidad, donde resulta relevante ponderar la disponibilidad de camas de terapia intensiva y si este recurso es administrado por el nivel local o por instancias supralocales. En tal sentido, en el conurbano, según los datos oficiales del año 2008, las camas de terapia intensiva de adultos se encuentran en un 67% bajo la órbita provincial y en un 30% bajo jurisdicción municipal, lo que, con alguna variación, resulta una proporción similar a la del total de camas agudas; en contrapunto, las camas de terapia intensiva pediátrica se reparten en un 44,4% bajo la órbita municipal, un 41% en la provincial y un 14,4% en la nacional, sobre un total de 90 camas.

Cuadro 2.4: Total de camas en Unidad de Terapia Intensiva Adultos y Pediatría según jurisdicción en el Gran Buenos Aires, 2008

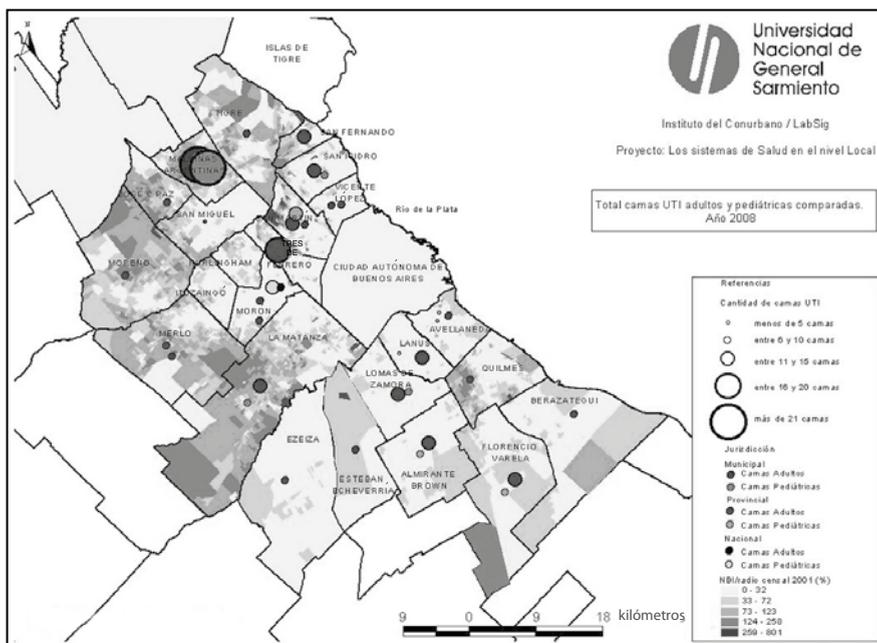
	UTI Adultos		UTI Pediatría	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Nacional	10	3,31%	13	14,44%
Provincial	202	66,89%	37	41,11%
Municipal	90	29,80%	40	44,44%
Total	302	100,00%	90	100,00%

Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008. (Chiara *et al.*, 2011).

El siguiente mapa muestra la distribución de las camas de terapia intensiva. En dos sentidos, esta distribución puede ser considerada como una limitación para un funcionamiento en red de los diferentes servicios: por un lado, por la concentración (significativa) en algunas áreas de la alta complejidad en el nivel local, y, por otro, por el déficit de esta oferta en relación con la población total del área.²⁰

²⁰ Al respecto, Tobar (2011) cita una investigación pionera de White (1961 y 1973) para establecer parámetros que permitan estandarizar el uso de los diferentes niveles de atención de la salud por habitante; para el caso de la alta complejidad y terapia intensiva, según este autor, esto se ubica en 1 plaza de alta complejidad por cada mil habitantes.

Mapa 2.2: Total de camas en Unidad de Terapia Intensiva Adultos y Pediatría por jurisdicción en el Gran Buenos Aires, 2008



Fuente: elaboración propia según datos provistos por la Dirección de Informatización Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008, e INDEC, 2001. (Chiara *et al.*, 2011.)

Esta distribución muestra los rasgos diferenciales entre el norte y el sur. En la zona norte, se destaca la presencia de dos municipios: Malvinas Argentinas y San Isidro, que juntos concentran el 55% de las camas de terapia intensiva de adultos y el 70% de las camas de terapia intensiva pediátricas (28 camas). En contrapunto, en la zona sur, los porcentajes de camas de complejidad bajo la órbita municipal se reducen al 13,08% (UTI adultos) y al 19,35% (UTI pediatría).

A la vez, este mapa superpone la alta complejidad, es decir, la inversión pública de mayor costo, con las áreas clasificadas según la incidencia de NBI, lo que hace visible uno de los mayores dilemas a los que se enfrentan las políticas sanitarias en términos de equidad en el GBA. Si bien vale aclarar que la lectura de un mapa no debe ser lineal y que, por ejemplo, la accesibilidad, tal como se

analiza en el capítulo 6, abarca muchos otros aspectos que van más allá de la ubicación y la distancia espacial, aun así, la localización da cuenta de algunos aspectos claves de las políticas. La radicación de la oferta sanitaria habla de prioridades, generadas por un entramado de actores que operan en el territorio, cuya dinámica político-institucional se analiza en los estudios de caso a partir de dimensiones que dan cuenta de determinadas condiciones supralocales y de la particularidad propia de cada régimen local de implementación.

De este modo, el Gran Buenos Aires grafica una historia donde la desigualdad cristaliza territorialmente y expone las deficiencias del subsector público de salud en términos de articulación y coordinación intergubernamental, cuestión que se vio agudizada en la crisis del 2001/2 y que será analizada en el siguiente capítulo.

Bibliografía

- ACIJ, CELS, COHRE (2009) *El acceso a agua segura en el área metropolitana de Buenos Aires*, Buenos Aires.
- Bayón, C. y Saraví, G. (2002) “Vulnerabilidad social en la Argentina de los años noventa: impacto de la crisis en el Gran Buenos Aires”, en Kazzman, R. y Wormald, G. *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina*, Cebra, Montevideo.
- Callelo, T. (2000); “Breve Caracterización Histórica de la Región Metropolitana de Buenos Aires”. Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento de San Miguel, Buenos Aires. Mimeo.
- Chiara, M.; Moro, J.; Di Virgilio, M.; Ariovich, A. y Jiménez, C. (2011) “Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense”, en Chiara, M. y Moro, J. (comp.) *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Repetto, F. y Moro, J. (2004) “Capacidades institucionales y políticas sociales: reflexiones a partir del caso argentino”, en Bertranou, J.; Palacio, J. y Serrano, G. *En el país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en Argentina*, Prometeo, Buenos Aires.
- Soldano, D. (2008) “Relegación, desplazamiento, conflicto. Notas para pensar la cuestión social urbana en la Argentina contemporánea”, en *Apuntes del CECYP*, junio 2008. <http://apuntescecyp.com.ar/index.php/apuntes/article/view/282/250>.
- Tobar, F. (2011) “Gestión territorial en salud”, en Chiara, M. y Moro, J. (comp.)

Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.

- Sarabia, M. (2007) “Dinámica de la protección social y mercado de trabajo en Argentina durante las tres últimas décadas”, en *Trabajo, ocupación y empleo. Los retos laborales en un proceso de crecimiento sostenido*, Serie Estudios/7, noviembre 2007, Buenos Aires.
- Torres, H. (2001); “Cambios socioterritoriales en Buenos Aires durante la década de 1990”. En *Revista EURE, Revista de Estudios Urbanos y Regionales*, vol. 2, Nº. 8. Santiago de Chile.

Capítulo 3

¿Restricciones o incentivos?

Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación*

Magdalena Chiara (ICO/UNGS)

Presentación

Los caminos recorridos por la descentralización y sus resultados han variado según los contextos nacionales, provinciales y también locales; en el sector salud, el modo en que se distribuyen las competencias, los problemas de financiamiento y el desafío de mantener la lógica de “sistema”, fueron cuestiones que desafiaron a las experiencias que resultaron de los procesos descentralizadores configurando particulares situaciones en el nivel local. La noción de “desafío” supone interrogar acerca de las dinámicas propias de constitución del campo de la política sanitaria en el nivel local no solo en sus atributos particulares sino también en aquellas condiciones generales con las cuales “dialogan” estos procesos.

Desde esta entrada, se abren distintos interrogantes que buscan indagar en la relación entre la dimensión “macro” de las condiciones generales y la dimensión “meso” de la política local. ¿Cuáles son los márgenes de autonomía del nivel local?; ¿cómo operan los procesos más generales en el diseño e implementación de

* Este desarrollo retoma también la reconstrucción realizada para la investigación doctoral titulada “Relaciones intergubernamentales y salud: aspectos políticos de la política sanitaria en el Conurbano Bonaerense (2001-2007)”, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Dir. Fabián Repetto.

políticas de salud en ese nivel?; ¿con qué restricciones e incentivos se enfrentan?; ¿en qué medida son los procesos macro los que definen sus márgenes de acción pública?; ¿cómo operaron la crisis que llegó a su punto más crítico en diciembre de 2001 y las condiciones de “salida” en el lugar que se fue construyendo para los municipios? Estas preguntas guiaron el recorrido de una reconstrucción que nos permitió rescatar aquellas “marcas” más significativas para el análisis de la política sanitaria en el nivel local.

En línea con estos interrogantes, la hipótesis que orientó la investigación buscaba dar cuenta de la política local en cuanto transacción entre las condiciones contextuales y los atributos de la arena local. Desde esta perspectiva, el contexto no podía ser visto como un fenómeno externo sino, por el contrario, como constitutivo de las condiciones de posibilidad y reproducción de la política local. En esta aproximación, el concepto de “régimen”, tomado de los estudios de la implementación, permitió aproximarnos a la relación entre el contexto macro y los procesos meso de la política local.

Buscando operacionalizar un concepto ya planteado por Stoker (1989: 375), entendemos por régimen de implementación (RI) al conjunto de condiciones que organizan los arreglos entre los participantes de la implementación de las políticas en cada nivel. De este modo, el concepto de RI permite identificar al conjunto de factores que regulan las actividades comprendidas en una determinada intervención. Estas condiciones del RI pueden verse desplegadas en tres dimensiones: funcional, material y política. (Chiara y Di Virgilio, 2009: 63-69).¹

Por una parte, la caracterización de la dimensión *política* remite a los niveles de autonomía que las reglas le confieren a los actores, a la capacidad de representación, a las exigencias de capacidades puestas en juego, al alcance de los escenarios de articulación intergubernamental, y también a los modos como se articulan estas con el sistema político partidario en un juego de complejas tensiones; la dimensión *funcional* está fuertemente influida por dos factores: las competencias de cada una de las jurisdicciones y las transformaciones resultantes de la descentralización. Por último, la dimensión *material* remite a los mecanismos y sentidos a través de los cuales el Estado redistribuye el excedente no solo por medio de las políticas tributarias, sino también a través de la asignación del gasto y a los incentivos que genera.

El concepto de régimen de implementación, así definido, busca recuperar la perspectiva histórica en cuyo contexto se tejen los procesos en el nivel local.

¹ Un análisis de este concepto se presenta en el capítulo 1 de este libro.

Esta mirada nos permitió captar, en el período que se abre con la crisis de 2001 hasta el año 2007, procesos y fenómenos que se condensan incentivando/re-troalimentando o restringiendo la acción pública de los actores en el nivel local, tanto en el diseño como en la implementación de las políticas.

Para los casos locales analizados en la investigación cuyos resultados presentamos en este libro, los procesos y fenómenos que se condensan desde el clivaje de la crisis hasta la finalización del período institucional que se cierra en diciembre de 2007, son los siguientes: en la dimensión *política*, la dinámica intergubernamental influida por la crisis desde (y en torno a) la cual se constituye el lugar del municipio en la definición de la política sanitaria; en la dimensión *funcional*, el esquema de distribución de competencias en salud y la distribución de funciones que opera a través de los programas nacionales y provinciales; y por último, en la dimensión *material*, los incentivos que suponen las reglas de juego para la asignación de los recursos en salud, por la coparticipación hacia los municipios y la apertura del INSSJP/PAMI, a los hospitales públicos de gestión descentralizada.

La reconstrucción que presentamos está basada en el análisis de *fuentes secundarias* (información de las transferencias de recursos provinciales hacia los municipios, documentación de los programas nacionales y provinciales, registros hemerográficos² y legislación³) y *fuentes primarias*, especialmente, entrevistas en profundidad a informantes clave seleccionados en función de las preguntas de investigación. Se entrevistaron funcionarios nacionales (especialmente responsables de los principales programas), funcionarios provinciales y del nivel regional; en estos últimos casos y para diferenciar sus puntos de vista, garantizando a la vez la confidencialidad en las opiniones, se adopta el término “autoridad sanitaria” para aludir a los dos primeros niveles de responsabilidad (ministro y secretario) y “alto funcionario” para los niveles siguientes (subsecretario, director provincial, director y responsable de programas). Asimismo, fueron entrevistados dirigentes gremiales del sector. Dadas las limitaciones de esta reconstrucción, se trabajó también con investigaciones que reconstruyen los

² Los periódicos sistemáticamente relevados para el período 2000/2007 fueron: *Clarín* y *Página/12* (como periódicos nacionales), y diario *El Día* de la Ciudad de la La Plata, provincia de Buenos Aires. En dicha reconstrucción se relevaron publicaciones referidas a: salud (política de salud, hospitales, acciones gubernamentales, denuncias, reclamos vinculados al sector); cuestiones municipales (municipios, programas y legislación de reformas); y problemas sociales en el Gran Buenos Aires.

³ Se relevaron de manera sistemática las leyes, resoluciones ministeriales y decretos, tanto de la jurisdicción nacional como de la provincia de Buenos Aires, para el período 2000/2007.

procesos de implementación de la política social en el nivel local en la región, para el período analizado.

Cabe destacar que la ubicación de estos fenómenos en las tres dimensiones persigue el interés de destacar aquellos “nudos” del contexto macro que inciden más decisivamente en la dinámica de la política local. La exposición de este capítulo va concatenando procesos en su devenir histórico y en sus relaciones recíprocas.

I. La crisis como clivaje de nuevas condiciones para la implementación

Apenas celebradas las elecciones del mes de octubre y finalizando el año 2001, Argentina enfrentó una profunda crisis económica, social y política. La economía, que venía sufriendo los avatares de los mercados internacionales de capitales desde el año 1998, entró en una fase recesiva que se extendió por tres años, poniéndose en evidencia la crisis del modelo económico basado en la convertibilidad y el colapso de la respuesta estatal frente a la creciente y generalizada acción colectiva (Gómez, 2006, pp. 8-12).

El nuevo gobierno enfrentó una situación sumamente crítica. El derrumbe del Plan de Convertibilidad⁴, el *default* en la deuda externa, la inmovilidad de los depósitos bancarios, las altas tasas de inflación, la contracción de la actividad económica y la devaluación del tipo de cambio, impactaron severamente en los sectores medios y en aquellos de menores ingresos. La caída del Plan de Convertibilidad trajo como consecuencia una marcada depreciación del peso y Argentina comenzó a experimentar una significativa inflación por primera vez desde 1991. El brusco descenso de la actividad económica y la depreciación de la moneda agravaron severamente las ya difíciles condiciones sociales del país a partir de una devastadora pérdida de puestos de trabajo. El efecto combinado de todos estos factores produjo una situación social crecientemente conflictiva; la pobreza por ingresos pasó del 38,3% en octubre de 2001 al 53,0% en mayo de 2002, al tiempo que la indigencia varió del 13,6% al 24,8% en el mismo período (Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz, 2003: 150).

⁴ Desde el año 1991 este plan implicó, además de un severo ajuste fiscal y la decisión de avanzar en las privatizaciones, un nuevo régimen cambiario fijando el tipo de cambio en diez mil australes igual a un dólar estadounidense, y posteriormente, en 1992, en un peso argentino igual a un dólar estadounidense. Asimismo, se dispuso que el 100% de los billetes y monedas en circulación debían estar respaldados por reservas en divisas del Banco Central, al cual se obligaba a comprar o vender la cantidad de divisas que el mercado solicitara.

En el sector salud, la dinámica que enfrentó el Estado en sus distintos niveles estuvo signada por procesos particulares⁵:

- a. Corte de los servicios de la Seguridad Social, reducción de cobertura de las prepagas e incorporación de “copagos”, y desplazamientos de población hacia planes más baratos o hacia el subsector público.
- b. Ruptura de la cadena de pagos en el sector (medicamentos, insumos y servicios tercerizados de los hospitales) con sistemas de pasivos previsionales en los tres niveles de gestión de servicios (nacional, provincial y también municipal).
- c. Aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, con implicaciones negativas en materia de abastecimiento y acceso a los mismos (caída de licitaciones públicas, falta de precios como resultado del contexto resultante de la devaluación).
- d. Incremento de la demanda de servicios en la red pública, consecuencia de la reducción en la extensión (y efectividad) de la cobertura de planes de salud privados, de la menor capacidad de gasto de bolsillo de los ciudadanos y del deterioro en las condiciones de vida.
- e. Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población (Leptospirosis, Hanta, TBC, Triquinosis, etc.).
- f. Demoras en el pago de salarios de los trabajadores del sector salud en las provincias y en los municipios.
- g. Paros, asambleas y reclamos protagonizados por las distintas entidades profesionales del sector en los hospitales, que llegan a la presentación de recursos judiciales por parte de entidades gremiales.
- h. En el nivel municipal, se advierten cambios en el tipo y urgencia de la demanda. La cuestión alimentaria, los proyectos productivos y la atención a grupos vulnerables desplaza a otras iniciativas que requieren de un mediano plazo como las políticas de salud. La cuestión sanitaria emerge como problema a través de la falta de medicamentos e insumos

⁵ Se recuperan en este análisis los aportes para el nivel local de Clemente y Girolami (2006) y la reconstrucción para el sector salud de Rodríguez Ricchieri y Tobar (2003: 8-9). Asimismo, se trabajó con una reconstrucción periodística para los años 2000/2003 de los periódicos *Clarín*, *Página/12* y *El Día* de la Ciudad de La Plata.

en los hospitales, protagonizada por los actores que, en las distintas jurisdicciones, tenían a su cargo la prestación de los servicios.

Aprovechando el debilitamiento de las autoridades gubernamentales, diversas “voces” enunciaban la necesidad de supresión de la cartera nacional de salud.

La crisis en el sector se institucionaliza a través de la declaración de “emergencia sanitaria” en marzo de 2002 con el propósito de dar respuesta inmediata a los problemas más acuciantes que afectaban al sector:

“... a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, con fundamento en las bases que seguidamente se especifican:

a) Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación.

b) Garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social.

c) Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.

d) Asegurar a los beneficiarios del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD el acceso a las prestaciones médicas esenciales”. (Artículo 1 del Decreto Nacional 486 de marzo de 2002).

La norma fortalecía las potestades del Ministerio de Salud de la Nación para promover acciones positivas frente a la crisis, habilitaba al reordenamiento de partidas presupuestarias y del crédito externo y creaba un Comité Nacional de Crisis del Sector Salud para la “organización y coordinación de la utilización de los recursos disponibles en esa jurisdicción, destinados a la atención de la emergencia sanitaria”.

A diferencia de lo que sucedió con otros problemas emergentes de la crisis, la cuestión sanitaria no se encontraba en la agenda de las demandas que animaban la acción colectiva en aquellos meses. Los registros periodísticos muestran más declaraciones de dirigentes sindicales del sector, planteos de gobernadores y ministros, denuncias judiciales y recursos de amparo presentados por directores de hospitales y por asociaciones gremiales, que reclamos de la ciudadanía por

el colapso de los servicios de salud y la carencia de insumos y medicamentos. Las notas de opinión y las denuncias presentes en la prensa provincial y nacional ponían en escena a distintas organizaciones del sector tales como: la Mesa Intersectorial Nacional de Salud (MINSA), la Federación Argentina de Trabajadores de la Salud (FATSA), la Confederación de Sanatorios y Clínicas, la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y, en el caso de la provincia de Buenos Aires, la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP).

La trama institucional y las relaciones formales e informales entre jurisdicciones para el tratamiento de la cuestión sanitaria marcaron diferencias entre los distintos escenarios provinciales, aunque estuvieron —desde el punto de vista político— igualmente interpelados por distintos esfuerzos de los actores gubernamentales, orientados a la reconstrucción de la legitimidad estatal, especialmente en la “salida” de la crisis.

En las provincias, la crisis económica y financiera se había institucionalizado con la obligada emisión de bonos para el pago de salarios del sector público provincial. En la provincia de Buenos Aires, la cuestión sanitaria aparece inmersa en el contexto general de la agenda provincial, en la Ley 12.727/2001 que declara la Emergencia Económica, Administrativa y Financiera, y en los decretos que la reglamentan y van incorporando modificaciones. El Decreto 2.092/2001 encuadra más explícitamente la “cuestión sanitaria” en el marco legal de la emergencia y crea el Comité de Crisis de los Servicios de Salud de la Provincia de Buenos Aires:

“ARTÍCULO 1: Encuadrarse en el artículo 1 de la Ley 12.727 a las prestaciones sanitarias en el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2: Sin perjuicio de la declaración del artículo anterior, el Estado provincial garantiza la regular y continua prestación de los servicios de asistencia y atención de la salud, por efectores públicos y privados en todo su territorio.

ARTÍCULO 3: Durante el plazo establecido en el artículo 2 de la Ley 12.727 autorízase a los Ministerios de Economía y Salud así como al Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) a consensuar, con los efectores privados del sistema, mecanismos conducentes a resolver las incidencias críticas que la situación de emergencia pudiere generar, encaminados a preservar los objetivos del artículo precedente.

ARTÍCULO 4: En el marco de las disposiciones precedentes créase el Comité de Crisis de los Servicios de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el que se integrará por representantes del Poder Ejecutivo –Ministerio de Salud e Instituto de Obra Médico-Asistencial– de las entidades representativas del sector de la salud y de sus trabajadores. Sus recomendaciones al Poder Ejecutivo se adoptarán por consenso”. (Decreto 2.092 de agosto de 2001).

Ya iniciado el año 2002, en el ámbito nacional, el Consejo Federal de Salud (COFESA)⁶, espacio de coordinación entre la nación y las provincias, cobró particular relevancia, pasando a abordar cuestiones relativas al financiamiento y propuestas algo más estructurales, tales como el Plan de Emergencia para la Salud, la política de universalización del acceso a medicamentos y la ejecución en las provincias de los programas nacionales definidos como prioritarios. Los estudios y los actores entrevistados coinciden en destacar los acuerdos en torno a la definición de los índices a utilizar para la transferencia de recursos desde la nación hacia las provincias, como uno de los principales logros del COFESA en ese período. Los Compromisos Sectoriales (2002 y 2003) fueron instrumentos que permitieron viabilizar avances en el COFESA.

Jaqueados los gobiernos provinciales en su capacidad de respuesta, la agenda se organizaba desde los programas financiados por la nación. La disputa pasó, no solamente por la magnitud de los recursos a ser asignados a cada jurisdicción, sino también por mantener la soberanía en la gestión posterior con la finalidad de definir las condiciones de asignación hacia el interior de las provincias. Los debates en torno al Programa Remediar, al que haremos referencia más adelante, son un ejemplo de estas tensiones.

Más tarde, y en un contexto de recuperación económica, la existencia del Plan Federal de Salud 2003/2007 marcará nuevas condiciones a considerar en la construcción de los escenarios locales.

II. Acerca del encuadre constitucional de las competencias en salud en cuanto derecho prestacional y los procesos de descentralización

La distribución de las competencias relativas a la “cuestión social” entre niveles gubernamentales en Argentina y la dinámica que asume su ejercicio

⁶ Cabe destacar que las referencias al COFESA para este período son indirectas ya que recién a partir mediados del año 2003 se dispone de las actas del organismo.

efectivo, reconoce raíces que se remontan a la conformación del Estado nación en la segunda mitad del siglo XIX. Al igual que en otros casos nacionales, en Argentina, nuestra Constitución define potestades federales y concurrentes, dejando las competencias no especificadas a cargo de los gobiernos provinciales. Mientras el gobierno federal tiene responsabilidad exclusiva en política exterior, regulación de la economía y defensa, hay potestades compartidas en justicia, educación primaria y seguridad social; en este esquema, toda competencia no especificada permanece en la órbita provincial. Se trata de un encuadre constitucional bastante impreciso, en lo referido a las responsabilidades, que fue modificado en las últimas décadas (Cetrángolo y Jiménez, 2004, pp. 118-9).

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en la política social el ejercicio efectivo de las competencias relativas a los servicios sociales universales (educación y salud) ha sido –en las últimas décadas– objeto de tratamientos diversos. La salud presenta una situación peculiar ya que, a diferencia de la educación, no figuraba en el siglo XIX entre las demandas políticas, y no figuró tampoco en la Constitución Nacional de manera explícita en sus artículos como objeto de definición de responsabilidad entre los distintos niveles jurisdiccionales. Es recién hacia mediados del siglo XX, y como parte de la constitución del Estado social, que el Gobierno nacional avanza “inconstitucionalmente”⁷ con la apertura de hospitales nacionales, que fueron posteriormente descentralizados a las provincias.

Aun en un contexto de profundas reformas neoliberales en el sector, la reforma de la Constitución Nacional de 1994 incorporó la protección constitucional del derecho a la salud a través de la adhesión a las declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (Art. 75, inc. 22), quedando el Estado “jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento” (Abramovich y Pautassi, 2008: 4). Si bien este nuevo escenario puede abrir posibilidades de recuperación del rol rector del Estado nacional, es destacable también –tal como señala Cetrángolo– que la salud no llegó a ser objeto de un tratamiento explícito, como sí lo fueron educación o ambiente (Cetrángolo en PNUD, 2004: 59).

Coincidiendo con la importancia atribuida por parte de la literatura al avance constitucional que supone el reconocimiento de la responsabilidad de parte del Estado federal (Abramovich y Pautassi, 2008; Damsky, 2006), en cuanto

⁷ Retomamos intencionalmente el término utilizado por O. Cetrángolo (PNUD, 2004).

“derecho fundamental prestacional”, el derecho a la salud conlleva potestades y acciones positivas de parte de los poderes públicos (en sus distintos niveles jurisdiccionales) en relación con la promoción e implementación de acciones adecuadas y suficientes para su efectivo ejercicio. En este sentido, la ausencia de estas definiciones, relativiza la contundencia del avance mencionado dejando en la órbita de las provincias la definición de los contenidos del derecho a la salud, situación expresada de modo diferente en las distintas constituciones provinciales (De Marco, 2009).

Sobre esta primaria y también ambigua distribución de competencias, tuvieron lugar las corrientes descentralizadoras, orientadas –como en casi todos los casos– por los principios de eficiencia y por la necesidad de resolver las presiones fiscales del nivel nacional. La descentralización de los hospitales nacionales se inicia en 1957 y avanza en el año 1978, cuando el gobierno de facto transfiere 65 hospitales nacionales a las provincias (Ley 21.883); estas transferencias estuvieron animadas por imperativos fiscales, respondiendo también a un modelo federal y de apertura al sector privado, y no fueron realizadas con la consecuente transferencia de recursos.⁸ Aunque esta decisión ayudó a los gobiernos nacionales a alcanzar el objetivo de reducir sus presupuestos, dejó a las provincias en condiciones muy precarias para el sostenimiento de los servicios.

En este escenario, el proceso de descentralización de las últimas décadas complejizó las tensiones en las relaciones entre la nación y las provincias, creando nuevos actores en el nivel subnacional (con niveles desiguales de poder) con dificultades diferenciales para asumir un ejercicio efectivo de los servicios transferidos, fenómeno fuertemente influido por las inequidades existentes entre las provincias.

En la provincia de Buenos Aires, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Provincial en su artículo 36 (inc. 8) en el que se destaca su carácter de derecho prestacional, el principio de accesibilidad, el alcance preventivo y asistencial y la gratuidad en el acceso a los medicamentos.

- *Derecho prestacional: se garantiza a todos los habitantes el acceso a la salud, en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito; promueve la educación para la salud.*
- *Accesibilidad: la Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.*

⁸ Ver el análisis presentado para este período por Rovere (2004).

- *Alcance preventivo y asistencial: la Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes.*
- *Gratuidad de acceso al medicamento: el medicamento, por su condición de bien social, integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.* (Constitución de la Provincia de Buenos Aires, 13/09/1994, Art. 36, inc. 8).

Tal como sucede en otros casos, la Constitución Provincial define el alcance de las potestades de los municipios, manteniendo –en este caso y a diferencia de otras jurisdicciones– la visión del municipio como un órgano autárquico cuyas funciones consisten en ejecutar las políticas públicas diseñadas a nivel provincial. Las competencias en materia social que establece la carta magna provincial y especifica la Ley Orgánica de las Municipalidades (LOM) (Decreto Ley 9.117/78), son *limitadas y ambiguas*; están centradas en la administración de los servicios locales, focalizados en cuestiones de “ornato y salubridad”, y condicionadas a lo que establezca la legislatura a través de la LOM. Según este encuadre normativo, son competencias de los municipios:

“Tener a su cargo el ornato y salubridad, los establecimientos de beneficencia que no estén a cargo de sociedades particulares, asilos de inmigrantes que sostenga la Provincia, las cárceles locales de detenidos y la vialidad pública”. (Art. 192, inc. 4).

“Constituyen obras públicas municipales: a) Las concernientes a los establecimientos e instituciones municipales, b) Las de ornato, salubridad, vivienda y urbanismo”. (Art. 59, Dec-Ley 9.117/78).

No obstante estas limitaciones y ambigüedades en el plano de las competencias, los sucesivos avances en la municipalización de la pobreza, cuestión que tuvo lugar hacia fines de la década del 80 y durante la década del 90, dieron cuenta de importantes cambios en el papel que efectivamente pasaron a desempeñar los municipios, en particular en el Gran Buenos Aires.

En ese período, la transferencia al ámbito municipal de las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan Doctor Javier Francisco Muñiz (Ley Provincial 11.554/94) fue una iniciativa importante que avanzó en la descentralización de las funciones relativas a la atención primaria de la salud en la órbita municipal, a través de la cual 76 Unidades Sanitarias provinciales⁹ se sumaron a las aproximadamente cuatrocientas¹⁰ existentes en la órbita municipal, que habían sido creadas por los municipios y en muchos casos por iniciativa de las Sociedades de Fomento. En dicha norma se establecía lo siguiente:

“ARTÍCULO 1: Transfírense al ámbito municipal las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan “Doctor Javier Francisco Muñiz” (...) a partir de las fechas que respectivamente resulten del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4 de la presente ley.

ARTÍCULO 2: El Poder Ejecutivo transferirá el personal afectado a las Unidades Sanitarias referidas en el artículo precedente, cualquiera sea la naturaleza de la relación de empleo. En los convenios de cesión particularizados que se celebren en virtud de esta ley, entre las municipalidades y el Organismo de Aplicación, todo aspecto vinculado con recursos humanos, pertenecientes a la Planta Permanente, serán resueltos por aplicación de los principios establecidos en la ley 11.184, de Reconversión del Estado. El personal que se transfiera será reubicado en el ámbito municipal dentro del agrupamiento y clase que corresponda a las características de sus tareas actuales...” (Ley Provincial 11.554/94).

En consecuencia, idiosincrásicamente modelada, la descentralización operó sobre un punto de partida institucional, débil y heterogéneo, en los distintos municipios de la provincia de Buenos Aires, y en su devenir fueron definiendo y resolviendo los problemas, configurando escenarios y políticas municipales con atributos muy diferentes en el acceso, la intensidad y la cobertura de los servicios. La ambigüedad respecto de las responsabilidades a asumir por cada jurisdicción en el tratamiento de los problemas de salud, y la indefinición del perfil prestacional a garantizar, fueron atributos particulares de estos procesos en la provincia que profundizaron la fragmentación, jerarquizando a los espacios

⁹ Este proceso afectó a 76 Unidades Sanitarias localizadas en el Gran Buenos Aires: Almirante Brown (6), Avellaneda (3), Berazategui (4), Esteban Echeverría (5), Florencio Varela (9), General San Martín (2), General Sarmiento (5), La Matanza (3), Lanús (4), Lomas de Zamora (6), Merlo (5), Moreno (6), Morón (4), Quilmes (4), San Isidro (2), San Fernando (2), Tres de Febrero (3), Tigre (3). (Ley 11554/94, Anexo 1).

¹⁰ Ante la dificultad para acceder a estadística correspondiente a esos años, se estima desde los datos del CEB, 1996.

locales como ámbito de producción de la política, tal como puede advertirse en los casos analizados en este libro.

En este nuevo escenario se destaca un atributo que caracterizó particularmente al sector: las políticas sanitarias son “políticas de más de un gobierno, lo que plantea una especificidad política” tanto en su diseño como en su ejecución (Lahera, 2004: 10). Si esta característica complejiza (en cualquier contexto) el diseño y la gestión de la política sanitaria, la crisis sufrida en los primeros años de este milenio, y los esfuerzos de los distintos actores responsables de recomponer la legitimidad estatal, exacerbaron su carácter político, y llaman a interrogar a las relaciones intergubernamentales y el lugar que se va demarcando para los municipios en el contexto de esa nueva dinámica más general.

III. Los municipios en la dinámica de las relaciones intergubernamentales (RIG) en el Gran Buenos Aires

La dinámica intergubernamental desde (y en torno a) la cual se constituye el lugar del municipio es otra de las coordenadas que condiciona tanto el diseño como la implementación de la política sanitaria en el período analizado. La distribución de responsabilidades entre niveles de gobierno en la prestación de servicios de salud, las relaciones funcionales y políticas que establecen los municipios con el Gobierno nacional y provincial, los modos de articulación intermunicipal, y las características de los espacios de coordinación configuran el marco de posibilidades y restricciones en cuyo contexto se “escribe” la política sanitaria. Comprender la complejidad de estos fenómenos en cuanto estructurantes de la práctica de los actores, resulta de vital importancia para reconstruir el recorrido de la política sanitaria en el nivel local en la región.

La distribución de las competencias en salud en el esquema federal, la transferencia de los hospitales nacionales hacia las provincias y el proceso de descentralización que sufrieron los servicios del primer nivel en la provincia de Buenos Aires, son marcas de una historia que estuvo (y aún está) poblada de conflictos, tensiones y equilibrios inestables que se expresan en el diseño y también en la implementación de la política de salud. Esta trama ha variado considerablemente en las últimas décadas, y fue configurando distintas restricciones y altos niveles de autonomía para los municipios en relación con el diseño y la implementación de la política de salud.

Si la Constitución Provincial y la Ley Orgánica de las Municipalidades le confieren al municipio un papel de ejecutor de las políticas diseñadas desde el nivel provincial, los procesos que se sucedieron a partir de la crisis de 1989 y la descentralización que tuvo lugar en los noventa, fue modelando otro papel¹¹ que, en el caso de salud, resultó del progresivo proceso de transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios, hacia efectores del sistema (como los hospitales¹²) y hacia otros agentes.¹³

Estos procesos convivieron también con otros de sentido inverso. La reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia (como fue el caso de la provincialización de algunos hospitales y la creación de nuevos hospitales bajo su órbita) ha tenido también capacidad para reorganizar las relaciones entre jurisdicciones en un sentido distante de las tendencias más relatadas por las investigaciones para los años noventa. Resulta necesario reiterar que estos procesos fueron teniendo lugar de manera incremental sin llegar a institucionalizar las reglas de juego que asignan responsabilidades, distribuyen funciones en cada nivel jurisdiccional y regulan sus relaciones recíprocas y sus dispositivos de coordinación.

En el contexto de una institucionalidad sectorial débil (en la distribución de responsabilidades, en los mecanismos de articulación y en los criterios de asignación de recursos, por citar los factores más críticos) puede suponerse que la dinámica que fueron asumiendo las relaciones intergubernamentales (RIG)¹⁴ cumpliera un papel importante en la definición del lugar que ocupan los municipios, así como en la naturaleza de las relaciones que establecen con el resto de los actores en el nivel local.¹⁵

¹¹ Chiara, M., Di Virgilio, M., Cravino, M. C. y Catenazzi, A. (1999).

¹² Decreto 578/93 que reglamenta el funcionamiento de los Hospitales Públicos de Autogestión.

¹³ Hacemos referencia a los arreglos público-privados que movilizó el Seguro Público de Salud (ver sección IV de este capítulo).

¹⁴ Siguiendo la definición de Anderson (1960), que en un estudio clásico retoma Deil Wright, entendemos por relaciones intergubernamentales al “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases y niveles del sistema federal” (Wright, 1997: 68).

¹⁵ Resulta relevante recuperar en el análisis no solo la relación de los municipios con los actores provinciales, sino también con los nacionales, así como también las articulaciones intermunicipales y en los distintos modos como se expresan, sean estas formales o informales. Esta última advertencia es particularmente relevante en el Gran Buenos Aires, dado el peso que tienen las relaciones político-partidarias y la relevancia que adquieren, en los contextos de crisis, como recurso para dar respuesta a las demandas.

Los años previos a la crisis de 2001 encontraron a los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) desempeñando un papel bastante diferente al escrito en su institucionalidad formal. Esos cambios fueron incentivados por los procesos de desconcentración y descentralización que tuvieron como protagonista al gobierno provincial (Chiara, 1999) y estuvieron asociados a los programas con financiamiento externo e interpelados por una demanda social que crecía exponencialmente y se orientaba hacia el espacio estatal de proximidad, el municipio. Algunos programas focalizados jugaron en este contexto un papel decisivo en el ingreso de cuestiones a la agenda local; distintos proyectos municipales y regionales que hacían operativo en el territorio de la provincia el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN, Contrato Préstamo BIRF 3643) fueron el medio a través del cual regresó la atención primaria de la salud a la agenda política local (Chiara y Di Virgilio, 2005).

Interpelados “desde abajo” (por una demanda cada vez más creciente y ampliada en toda la región) y “desde arriba” (por el nuevo lugar de ejecutor que le asignaban los programas con financiamiento externo), los municipios comienzan a protagonizar una *dinámica autónoma* orientada a captar recursos de diferentes jurisdicciones y articularlos en función de optimizar su capacidad de respuesta. Aun mostrando, en algunos casos, tempranos desarrollos institucionales que pretendían dotar de estabilidad a las políticas locales, los protagonistas de esta dinámica eran los intendentes municipales con su capacidad para estructurar una trama de relaciones hacia el gobierno provincial y nacional en la captación de recursos.

Como puede advertirse, esta dinámica abrió una brecha entre las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios en materia social y las capacidades disponibles para sostener su pleno ejercicio, tanto en competencias, recursos genuinos, equipos de trabajo, recursos simbólicos y organizacionales, de que disponían los gobiernos locales. El modo a través del cual se fue cerrando esta brecha en cada ámbito local definió las orientaciones de la política de salud en sus condiciones de acceso, en la intensidad y en el alcance de la cobertura de los servicios, dando lugar a procesos heterogéneos, tal como se presenta en los dos casos analizados en este libro (Malvinas Argentinas y San Fernando).¹⁶

La crisis que tuvo su punto más dramático en diciembre del año 2001 fue, en el ámbito del Gran Buenos Aires, un momento bisagra en la construcción

¹⁶ En los capítulos 4 y 5 se presenta un análisis del derrotero de dos casos locales, Malvinas Argentinas y San Fernando, que marcaron caminos y orientaciones diferentes tanto en el diseño como en la implementación de la política de salud.

del campo de la política social en el nivel local y, en ese contexto, para la política de salud. A las graves consecuencias en el deterioro de las condiciones de vida de la población (aumento de la pobreza, expulsión del mercado de trabajo formal y pérdida de la obra social y la emergencia de nuevas enfermedades), se sumaron una radical reorganización de las agendas en los distintos niveles y la rearticulación de las relaciones entre niveles de gobierno y entre el Estado y la sociedad. Consideramos importante detenernos en este aspecto, dado que las crisis y, muy especialmente, las condiciones que se definen en su salida, operaron como nudos¹⁷ desde los cuales se organizaron las condiciones del régimen de implementación de la política sanitaria en el nivel local.

La *autonomización de los espacios locales*, característica de la descentralización en la provincia de Buenos Aires en los noventa, se profundizó en los primeros años de la década siguiente. La experiencia del tránsito de la crisis 2001/3 y su salida, dio lugar a distintos aprendizajes según la intensidad de sus impactos en el territorio y la diferencial capacidad de respuesta que pudieron poner en juego los municipios. Aun consolidándose en el *rol de ejecutor* de las políticas nacionales y provinciales, la proximidad a los problemas y a la gestión le otorgó a los municipios una importante capacidad de orientación del sentido final de las políticas, que se cristalizó en distintos dispositivos institucionales de integración de programas y recursos.¹⁸

Los aprendizajes en gestión de la década pasada fueron capitalizados en este nuevo escenario por los actores gubernamentales locales que, como tales, tenían no solo intereses y recursos, sino que eran también portadores de ideas y nociones, en algunos casos, no demasiado distantes de las orientaciones del paradigma neoliberal que había entrado en crisis hacia finales de la década; los casos analizados en esta investigación y que están presentes en este libro permiten ejemplificar los distintos derroteros y la supervivencia de las orientaciones de los noventa aún avanzada esta década. No resulta posible entonces hablar del nivel local en salud en el GBA como *escenario regional con atributos comunes*, sino más bien de *distintos escenarios locales* configurados tanto por las características de la demanda como por su propia capacidad de respuesta y por las ideas que estas expresaban.

En el contexto de la crisis, la relación de los municipios (a través de la figura de sus intendentes municipales) con el Gobierno nacional se constituyó no solo en

¹⁷ Retomamos aquí el concepto de “nudo” que proponen Oszlak y O’Donnell en su trabajo ya clásico de análisis de políticas públicas (Oszlak y O’Donnell, 1995 [1976]).

¹⁸ Para un análisis de las agendas de los municipios en la salida de la crisis ver Chiara, 2009: 156-162 y Clemente y Girolami, 2006.

un recurso *material* sino también en un recurso *simbólico*, de *recíproca legitimación en la arena local*. Consideramos necesario detenernos en este punto para poder comprender la dinámica que atraviesa el modelado del sector en el nivel local.

La relación que se organiza entre los intendentes del GBA y el Gobierno nacional está definida desde una doble dependencia: por una parte, aquella derivada de la importancia que tienen los recursos nacionales (en aportes financieros directos, en aportes de los programas sectoriales y en obra pública) para la organización de respuestas a los problemas locales, y, por otra, por la necesidad del Gobierno nacional de contar con mediaciones eficaces en un corto plazo para construir legitimidad desde la gestión en el plano de la política pública y acumular en el plano de la política partidaria. Esta doble cara de la figura de los intendentes frente a un Gobierno nacional sin efectores de políticas propios es un factor crítico en esta *dependencia recíproca entre Gobierno nacional e intendentes municipales en la construcción de legitimidad*.

En un plano más cercano a la institucionalidad informal a la que hicimos referencia, la coincidencia o no del color político del oficialismo entre niveles gubernamentales incide en la gestión de las políticas públicas, en particular las de índole social. Sin embargo, la diferencia de “color político” no siempre juega negativamente. En ese mismo sentido, pero en la arena provincial, Repetto y Potenza Dal Massetto sostienen que “el mismo color político entre el Gobierno nacional y provincial representa un dato para tener en cuenta en el momento de evaluar la posición subnacional respecto de las acciones promovidas desde el centro, por ejemplo, en términos de ciertas expresiones de descentralización, pero no debe ser leído de modo lineal. Así, a medida que los partidos políticos iban perdiendo fuerza como aparatos nacionales capaces de controlar por ‘disciplina partidaria’ a sus miembros (estuvieran estos en los ejecutivos provinciales o en la tarea legislativa), comenzaba a aumentar la autonomía relativa de los gobernadores (y en muchos casos de los parlamentarios que respondían a su liderazgo territorial) respecto de las autoridades nacionales” (Repetto y Potenza Dal Massetto, 2004: 198-9).

Esta descripción de las dinámicas en las arenas provinciales cobra mayor validez en el caso de los intendentes municipales, cuya centralidad se modela al calor de los idiosincrásicos procesos de descentralización/desconcentración y se fortalece desde el protagonismo que asumen en los contextos de crisis. Las relaciones entre el oficialismo en los niveles de gobierno supralocales y los líderes de los partidos tradicionalmente vecinalistas (como fue el caso del Partido Vecinal de Tigre¹⁹), así

¹⁹ Fundado por Ricardo Ubieto en 1985.

como la relación con líderes comunales más distantes del Ejecutivo Nacional (como es el caso del intendente de Malvinas Argentinas), son ejemplos de los riesgos que encerraría una hipótesis reduccionista en este campo.

La *reaparición en la arena local del Gobierno nacional* y este particular ida y vuelta en la construcción de legitimidad en la relación con los actores locales, es convergente con el debilitamiento del protagonismo del gobierno provincial como actor en el territorio respecto de la década anterior²⁰, aunque paradójicamente (tal como veremos más adelante) sea este el responsable de garantizar el flujo más regular y de mayor magnitud para el financiamiento de la política de salud en el municipio, a través de las transferencias de coparticipación provincial. No obstante su magnitud, la regularidad y el carácter mecánico de su asignación hacen disminuir su importancia política y –de manera concomitante– la del actor provincial.

El debilitamiento del papel del actor provincial en la salida de la crisis coadyuvó con el desdibujamiento de las instancias desconcentradas de gestión del Ministerio de Salud de la Provincia, como son las regiones sanitarias.

Vale la pena repasar las coordenadas institucionales de estos espacios regionales y las transformaciones que sufrieron en el período que analizamos. Para algunas funciones y con un protagonismo variable, la gestión de la cartera de salud está desconcentrada en la provincia de Buenos Aires en un nivel intermedio denominado “regiones sanitarias”. Estas instancias de gestión y la organización territorial asociada está vigente desde el año 1966²¹ con el propósito de:

“... coordinar y ordenar a las instituciones sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región”. (Ley 7.016/66, Art. 2).

Según la organización vigente hasta septiembre de 2006, las regiones estaban a cargo de un coordinador de región sanitaria y eran asesoradas por un Consejo Técnico Asesor del que formarían parte los directores de los establecimientos,

²⁰ Cabe destacar que desde fines de los años ochenta hasta la crisis, el gobierno provincial fue protagonista de distintas iniciativas en el campo de la salud que moldearon –no siempre virtuosamente– el sistema sanitario de la región tal como lo encuentra el comienzo de este siglo. Las reformas del régimen de coparticipación en el componente salud, la descentralización de las Unidades Sanitarias del Plan Muñiz y el papel asumido por el gobierno provincial en la gestión de programas como el PROMIN, fueron iniciativas que marcaron en este período un papel mucho más activo que con posterioridad a la crisis. (Chiara, 1999)

²¹ Ley n.º 7.016: Regionalización sanitaria (fecha de sanción: 17-02-65) y su Reglamentación a través del Decreto 805/1967.

secretarios de Salud de los municipios y un Consejo Sanitario, de carácter consultivo o informativo, al que se agregaban, a los representantes de los municipios de la región, representantes de Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), entidades laborales, empresariales y de bien público. La idea que subyace a este modelo de organización es la del control territorial, en un contexto en el que comienza a debatirse el traspaso a provincia de los hospitales nacionales, la desconcentración como forma de organización de las acciones en un territorio ampliado y la preocupación por la coordinación tanto de los establecimientos como de los programas verticales.

Durante la crisis de fines de 2001, la región sanitaria fue un espacio institucional para el procesamiento de las demandas (básicamente centradas en la carencia de insumos básicos en los servicios):

“En plena crisis no había nadie (...) estaba la presencia del ministro pero porque venía, no es mentira que hemos mandado (...) la camioneta de la región a llevar suero de un hospital a otro, pero cajitas de suero, no un cargamento, cajitas de suero. (...) son anécdotas (...) que (...) marcan hasta que punto llegaban las gestiones y el ministro [hace referencia al Dr. Ismael Passaglia] se sentaba acá a bajarle línea a los directores de hospitales y muchas veces han venido a hacer acá reuniones operativas”. (Funcionario provincial de nivel intermedio, agosto de 2007).

La mirada de las autoridades del Ministerio provincial confería a la región sanitaria un papel algo diferente aunque confirmando aquella relación directa:

“En general hubo buena relación y se les dio mucha importancia a las regiones para que no sean gestores de turno. Se les dio poder de decisión. Tenían una relación directa con el ministro, pero la indicación fue que se dedicaran menos a los hospitales y más fuertemente a todo lo que es la prevención y las condiciones de salud. O sea, todo lo que era cobertura de vacunación, la atención del recién nacido, la atención de la embarazada”. (Autoridad sanitaria provincial 2002/2006, diciembre de 2009).

Sin embargo, el tránsito de salida de la crisis puso en evidencia las debilidades que padecían estas instancias, tanto en relación con el estatus del coordinador de región en sus relaciones con los directores de los hospitales como en las posibilidades efectivas de “proponer programas, dirigir, supervisar, controlar, coordinar y evaluar”, pero sin contar con atribuciones sobre aquellos actores (fueran éstos municipios u hospitales provinciales) con los que se iba a trabajar.

Enfrentando un conjunto complejo de desafíos, después de cuatro décadas de vigencia, se modificó el marco institucional de las regiones sanitarias²² replanteando los propósitos de estas instancias intermedias de gestión en el sentido de:

“a) Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución en rol de Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.

b) Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria.

c) Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través del órgano competente que ejerza la coordinación de las Regiones Sanitarias (...).”
(Decreto 3.377, Art. 4 del Anexo I).

El cambio más importante que instituye esta nueva reglamentación deviene de homologar las regiones sanitarias a la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada²³, denominándolas Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria (EDHIRS). Con estas transformaciones, la Dirección Ejecutiva del EDHIRS pasa a tener las mismas competencias que aquellas establecidas para los Hospitales de Gestión Descentralizada y los directores de los hospitales son responsables (en los aspectos técnico-administrativos y en lo referido a la creación, ampliación y modificación de servicios) ante el director ejecutivo del EDHIRS. La norma modifica también la composición y funciones tanto del Consejo Técnico Asesor²⁴ (en el que participan los direc-

²² Decreto n.º 3.377: Reglamentación de la ley 7.016 y sus modificaciones (fecha de promulgación: 12/12/2006).

²³ Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, figura instituida a través del Decreto 939/00, buscaron conciliar las posibilidades de incremento de los recursos (a través del recupero de fondos del subsistema de obras sociales y de medicina privada) y la aplicación de incentivos monetarios entre el personal con la accesibilidad de la población sin cobertura y la gratuidad en el acceso a los servicios.

²⁴ Según el Art. 8 de dicho decreto, el Consejo Técnico Asesor está integrado por: a) los directores ejecutivos de los establecimientos sanitarios de la región, y b) los coordinadores de programas especiales. Entre las funciones del Consejo Técnico Asesor están: “a) Asistir al director ejecutivo en lo atinente a la planificación, programación y conducción del proceso de gestión del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria. b) Analizar y aprobar las propuestas

tores de hospitales y los coordinadores de los programas), como del Consejo Sanitario²⁵ (en el que participan los secretarios de Salud de los municipios y los directores de los hospitales); este cambio limita de hecho la participación de los municipios a este último, de carácter consultivo y que, al menos según la norma, no tendría potestades en la habilitación de establecimientos y servicios.

Las ideas que subyacen a este nuevo esquema parecen buscar articular a la región sanitaria como red asistencial: integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de atención de la salud en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria; privilegiando como prerequisite el fortalecimiento político del director del EDHIRS frente a hospitales provinciales.²⁶

Sin embargo, los promotores de la iniciativa rescataban la capacidad de estos espacios para conciliar intereses entre los municipios en la asignación de recursos escasos:

“... por primera vez se aprueba que el cargo de director regional no sea un cargo prestado sino que tenga su rango, su estructura y desde allí, el segundo

de gestión más convenientes, tendientes a promover la complementariedad de los servicios de la red hospitalaria, considerando la integración más eficaz y eficiente de sus recursos humanos y tecnológicos, para su incorporación en el marco programático del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria. c) Analizar y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos, metas y acciones programadas. d) Analizar las solicitudes presentadas ante la Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria por los directores de los hospitales integrantes de la red, relacionadas con adquisiciones y/o aceptación de donaciones de bienes de capital, con la incorporación de tecnología y/o con la creación de nuevos servicios o áreas de actuación y/o expansión de los preexistentes; las que en caso de no ser objeto de objeción fundada, serán elevadas para su consideración al señor ministro de Salud por la vía jerárquica pertinente, con recomendación de aprobación por parte del Consejo Técnico Asesor”. (Art. 9).

²⁵ El Consejo Sanitario “estará presidido por el director ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria e integrado por los secretarios de Salud de los municipios o su cargo equivalente y por representantes de los Colegios Médicos, de las entidades colegiadas de las restantes profesiones vinculadas al arte de curar y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud, cuyo objeto y trayectoria estén relacionados con la prevención, atención y recuperación de la salud”. (Art. 12). Sus funciones “serán de carácter consultivo e informativo del director ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria en relación a los problemas sanitarios que se generen en su área de cobertura geográfica”. (Art. 13).

²⁶ Cabe destacar que el contexto es el de la implementación de la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales, Ley Provincial 11.072, reglamentada por el Decreto del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires n.º 135 del año 2003.

escalón de la región en el organigrama informal con el que trabajamos hasta ese momento, hasta nombrar al regional, era el Consejo Regional de Salud con todos los secretarios de Salud, y la verdad es que todos imaginaban que todos esos consejos que integraban distintos municipios iba a ser una tensión paralizante de intereses que no se pondrían de acuerdo (...) y la verdad es que no fue así. Era fantástico, decíamos: muchachos estamos en un momento de escasez, hay 2 ambulancias y 14 municipios (...) ¿dónde van las ambulancias?». (Autoridad sanitaria provincial 2006/7, noviembre de 2008).

De manera coincidente, los testimonios de los actores regionales también enfatizan la asignación de recursos como tema de agenda en los distintos períodos: los recursos de los programas y sus criterios de adjudicación y, durante la crisis, la asignación de insumos médicos y medicamentos.

“... la agenda está abierta a lo del día. Tenemos las últimas cosas: implementación del Programa Remediar, fue agenda de un consejo regional propuesta formalmente. (...) son muy políticos. Estábamos claramente viendo que Provincia estaba armando un programa a nivel central del ministerio, que el Ministerio provincial estaba armando eso a nivel central en el ministerio, que las regiones estábamos quedando totalmente afuera, que los municipios estaban haciendo puentes sobre la región, ¿qué hicimos?, ‘Somos consejo regional, vengan todos acá, vamos a hablarlo acá’. Por eso, digamos, tiene mucha intencionalidad política”. (Funcionario provincial de nivel intermedio, agosto de 2007).

En la salida de la crisis, los testimonios²⁷ enfatizaban otros aspectos; la cuestión más crítica de agenda regional parece haber sido la habilitación de servicios, en la medida en que le corresponde a la región sanitaria realizar el informe técnico para acreditación de nivel de complejidad y para proponer las altas de nuevas camas; tal como veremos en la sección siguiente, se trata de una decisión fundamental en la medida en que impacta en el 65% de los recursos que recibirán los municipios por la coparticipación en salud.

“Hay agendas duras, como por ejemplo la acreditación, la habilitación de los servicios, de las camas. Quizás son agendas más duras y que incluso hasta se manejan por comisiones porque a veces no podés ni siquiera esperar a un consejo regional”. (Funcionario provincial de nivel intermedio, agosto de 2007)

²⁷ Cabe destacar que se trata de funcionarios de la zona norte del GBA, territorio que sufrió el más importante incremento de las camas municipales y de complejidad en el período.

Los testimonios dan cuenta no solo de una realidad matizada, dinámica y construida por dentro y por fuera de lo instituido en la normativa provincial, sino que ponen nuevamente en evidencia que el lugar del municipio es (también) resultado de un proceso de construcción y disputa en un marco institucional poco formalizado pero que se enfrenta con autoridades con alta legitimidad política; en palabras de una alta autoridad provincial:

“El municipio como unidad, la gente vota al intendente, no vota al de la región. Entonces eso ya le da un poder al intendente en la democracia que uno comprende”. (Autoridad sanitaria provincial 2006/7, noviembre de 2008).

IV. El alcance de los programas nacionales y provinciales en la política local

Como venimos planteando, la trama de las relaciones intergubernamentales se organiza también en torno a la asignación de distintos tipos de recursos que modelan las condiciones del régimen de implementación. Los recursos y las modalidades de asignación, las condiciones que buscan imponer, las instancias de gestión que definen y los niveles de autonomía que instituyen, los actores y espacios que fortalecen y las cuestiones que hacen ingresar a la agenda, justifican la relevancia que tiene la matriz de intervenciones nacionales y provinciales en el análisis de la gestión de la política social en el nivel local.

Los estudios relativos al financiamiento de la política social muestran que los procesos de descentralización en nuestro país no llegaron a modificar sustancialmente la estructura del gasto por jurisdicción. El gasto provincial agregado, medido en participación en el PBI, pasó de un 4,32% en el período 1980-4 a un 8,41% en el período 2000-4; por su parte, el gasto municipal a nivel nacional pasó del 0,65% al 1,48% en el mismo período (Isuani, 2007). No obstante la contundencia de esta aproximación, las investigaciones sobre políticas y programas ponen en evidencia considerables transformaciones en la distribución del trabajo hacia adentro del Estado que puede expresarse en la distribución de los recursos presupuestarios.

Si partimos de considerar que el gasto sigue siendo centralizado, es esperable que los planes y programas tanto nacionales como provinciales actúen en el territorio como recursos estratégicos para la gestión local de la política sanitaria.

Del conjunto más vasto de intervenciones, buscamos poner el foco en aquellas que, por sus objetivos, se orientaron a las funciones más generalizadamente

asumidas por los municipios en la provincia, el primer nivel de atención, en el período que va de la salida de la crisis hasta finales de 2007.

a) Los programas nacionales: Remediar y Médicos Comunitarios

Apenas pasada la emergencia, las iniciativas nacionales se orientaron a intervenir sobre dos recursos críticos del sector (medicamentos y recurso humano) en la perspectiva general del fortalecimiento de la atención primaria de la salud como eje vertebrador de la política sanitaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2007: 25-32), visión expresada en el Plan Federal de Salud:

“Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención”. (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, p. 14).

Este planteo también se enfatizaba en el denominado “nuevo modelo sanitario”, que en su metodología establecía:

“Ponderamos, una vez más, la estrategia de atención primaria como organizador del sistema, desarrollando instrumentos que incrementen la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, que definan la evaluación de desempeño e implementen mecanismos que permitan una fuerte participación comunitaria en todos sus niveles”. (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, p. 19).

Aunque los recursos de mayor magnitud que reciben los municipios son aquellos que provee la provincia a través de los fondos de coparticipación, en la salida de la crisis dos iniciativas nacionales se abrieron paso buscando impactar en el primer nivel de atención. Los Programas Remediar y Médicos Comunitarios²⁸ buscaban impactar en los problemas que la crisis ponía en evidencia, fortaleciendo la estrategia de la atención primaria de la salud.

“Es evidente que la estrategia de atención primaria es altamente positiva en su costo-efectividad y también que su implementación adecuada debe ser planteada a nivel local. Sin embargo, hay dos obstáculos históricos para ello. Por un lado, el carácter hospitalocéntrico del sistema, que se refleja en que aun los

²⁸ Hacia el año 2006 comienza a implementarse en el NOA y el NEA el Seguro Materno Infantil denominado Plan Nacer, y se pone en marcha en el GBA recién a finales del año 2007, finalizando el período bajo estudio, razón por la cual no se recoge como condición del régimen en este capítulo.

centros de mayor complejidad destinan gran parte de sus recursos y servicios al primer nivel de atención. Por otro lado, los altos costos en que se debe incurrir para diseñar, implementar y evaluar un sistema de APS, costos que muchas veces los gobiernos locales no consiguen sustentar. Para superar estos obstáculos, el ministerio nacional desarrollará una estrategia que permita asistir a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se comprometan con implementar un adecuado modelo de APS.

La asistencia desde Nación consistirá, en primer lugar, en el diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales. En segundo lugar, el ministerio nacional se ocupará de la provisión de medicamentos para garantizar el acceso a los mismos de la población de bajos recursos. Para esto ha implementado el Programa Remediar. También se continuará con la provisión de leche, vacunas, anticonceptivos, etc. Esto implica incorporar un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los CAPS en lugar de hacia los hospitales. Además, Nación y provincias acreditarán y clasificarán los CAPS, realizará capacitación e introducirá incentivos a los profesionales responsables”. (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, p. 21).

La pretensión del Ministerio de Salud de la Nación por incidir en la construcción de un nuevo modelo sanitario, organizado desde la estrategia de la atención primaria, fue explícita tanto en los documentos generales como en distintos dispositivos del diseño de los programas. El mapa de distribución de competencias y funciones presentado inicialmente en este capítulo, así como el lugar que se fue demarcando a los municipios en el sector salud en la provincia de Buenos Aires, dibujan un contexto desde el cual interrogar el diseño de estos programas en su capacidad de estructuración “hacia abajo” de la política de salud. En este sentido, los recursos críticos, el lugar que le confieren a la provincia y al municipio, así como también los conflictos con los que se enfrentaron, son variables que permiten –más allá de los discursos presentes en los documentos y en sus principales promotores– indagar en sus capacidades para estructurar la política sanitaria local en la región.

El Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud II (PROAPS) Remediar^{29/30} es, quizás, uno de los ejemplos más claros de la capacidad de una

²⁹ Decreto 808/02. Préstamos BID, OC 1183 y OC 1194.

³⁰ Para desarrollos mayores de la propuesta y de sus impactos, puede consultarse: Tobar, 2004; Maceira *et al.*, 2008.

iniciativa nacional para reorientar —desde un recurso crítico— una parte de los problemas de un subsector público muy fragmentado desde su interjurisdiccionalidad. Surgido en plena crisis, se propuso:

“Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a los medicamentos esenciales; fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2006: 16).

Y adicionalmente:

“Jerarquizar los CAPS fortaleciendo las redes de APS; complementar la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y utilización de los medicamentos por su nombre genérico; y promover el uso racional de los medicamentos”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2006: 16).

La rapidez con que amplió su cobertura³¹, el alcance en la atención³², y las condiciones que acompañaban su distribución (gratuidad de la consulta y el Centro de Atención Primaria de la Salud —CAPS— como efector), enfrentaron dos fenómenos que caracterizaban a las rutinas del acceso a los servicios en el Gran Buenos Aires:

- la mercantilización de los servicios, presente aunque no de manera generalizada en los servicios del primer nivel de atención, y
- la orientación hospitalocéntrica de la oferta que, en muchos casos, convierte a las guardias de los hospitales en el primer nivel de atención.

Estos dos requisitos fueron objeto de distintas disputas en su puesta en marcha en el Consejo Federal de Salud (COFESA) y objeto del monitoreo de su implementación.³³

Con relación a su esquema de gestión entre jurisdicciones, cabe destacar que la definición del vademécum y los procesos licitatorios estuvieron centralizados en el Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Aunque en el COFESA

³¹ En el período 2002/2007 se incrementó en los partidos del Gran Buenos Aires diez veces la cantidad de botiquines distribuidos. (Programa Remediar, www.remediar.gov.ar; recuperado en septiembre de 2010).

³² En el período 2002/2007 se incrementó en esta región catorce veces la cantidad de tratamientos. (Programa Remediar, www.remediar.gov.ar; recuperado en septiembre de 2010).

³³ Un desarrollo mayor de los avatares de la implementación, presenta F. Tobar (coordinador del Programa Remediar 2002-2003) en “Atendiendo la urgencia. El financiamiento público de medicamentos en tiempos de crisis” (CIPPEC, 2008: 23-35).

se celebraban acuerdos para la gestión del programa, no llegó a delegarse la distribución, permaneciendo bajo la órbita del MSN, organismo responsable del control a través de cuatro mecanismos diferentes: el sistema de información, los equipos de auditores propios que recorrían los CAPS, una línea telefónica gratuita y una red de control social directo a través de un convenio con Cáritas y la Cruz Roja (Ministerio de Salud de la Nación, 2006: 19).

El Ministerio provincial se limitaba a consensuar los lineamientos del programa en el COFESA y a designar un responsable provincial, quien estaba a cargo de gestionar las altas y bajas de efectores al sistema (Dirección de Atención Primaria, 2007: 198-201). No obstante las limitadas potestades provinciales, la implementación del programa estaba condicionada a la suscripción de un convenio de adhesión entre el MSN y la cartera provincial. Las responsabilidades asignadas a los municipios derivan de ser los efectores del programa en la medida en que tienen a su cargo los CAPS en la provincia de Buenos Aires.

El Programa Médicos Comunitarios (PMC) fue otra iniciativa nacional orientada a la provisión y formación de recursos humanos con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud, eje organizador del marco del Plan Federal de Salud. Al referir a la problemática de los recursos humanos, dicho plan enunciaba:

“La falta de metas y la indefinición de necesidades en la formación de grado y especialización de postgrado en el área de la salud, determinan saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva sanitaria. La concentración de los recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, el exceso de especialidades y subespecialidades, no consensuadas a nivel nacional, genera falta de recursos humanos en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida”. (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, p. 17).

Aprobado en la salida de la crisis (septiembre del año 2004)³⁴, el PMC comprende el refuerzo con recurso profesional calificado de los centros de salud de todo el país a través del otorgamiento de becas de apoyo económico y de formación. En el marco de la estrategia general, su propósito era:

“Contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de Estado en el marco del Plan Federal de Salud”. (Resolución 915/2004, Anexo).

³⁴ Resolución Ministerial 915/2004.

Planteándose los siguientes objetivos:

“1. Orientar y fortalecer la formación en APS y en Salud Social y Comunitaria del recurso humano que trabaja en el 1.º nivel de atención, tanto de los becarios a incorporar como del recurso humano preexistente, a través de una estrategia de formación.

2. Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los CAPS reforzando con recurso humano calificado a sus equipos de salud.

3. Fortalecer la búsqueda activa y el seguimiento, por parte del equipo de salud, de las familias más vulnerables o de las situaciones de riesgo socio-sanitario (indigentes, multíparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados), a partir del fortalecimiento del equipo de salud del 1.º nivel.

4. Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud, como así también el trabajo extramuros con la comunidad, a partir del fortalecimiento del recurso humano del 1.º nivel de atención”. (Resolución 915/2004, Anexo).

Este programa aportaba dos tipos de becas, de apoyo y capacitación o solo de capacitación. Las primeras eran aquellas que revisten mayor interés para nuestro análisis ya que adicionalmente significaban la incorporación de 35 horas, distribuidas en 25 horas asistenciales de atención en el CAP, 10 horas de trabajo con la comunidad y concurrencia a los talleres presenciales. Cabe destacar que el programa “promueve una nueva modalidad de formación en servicio en los centros de salud, orientada hacia la mejor implementación de la estrategia de APS y el trabajo con la comunidad”, que estaba a cargo de tutores. (Rossen, 2006: 6).

La capacidad de reforzar los servicios con este nuevo recurso estaba restringida según la resolución por los siguientes criterios:

“Los becarios podrán ser profesionales nuevos o recurso humano preexistente en el CAP de alguna de las especialidades antes mencionadas.

Los profesionales a becar deberán disponer de 35 horas semanales para sus actividades en el CAP, para lo cual no podrán presentar incompatibilidad horaria con algún trabajo provincial o municipal (declaración jurada).

En el caso de los profesionales que se encuentren desempeñando tareas en el CAP, los mismos deberán agregar a la carga horaria de 10 horas en terreno, las

35 horas semanales correspondientes a esta modalidad de beca, de manera de no generar incompatibilidades para el desarrollo de la misma". (Resolución 915/2004, Anexo).

Los fondos se transferían de manera directa bajo la modalidad de becas para profesionales en distintos campos. Si bien el perfil de destinatario buscaba poner el foco en los médicos (tocoginecólogos, pediatras, generalistas, de familia o clínicos con residencia o concurrencia acreditada en la especialidad, o título de especialista otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de su provincia, Colegio o Consejo Médico y/o Sociedad Científica respectiva), estaba también abierto a otras especialidades de 4 años de duración como mínimo, integrantes de los equipos de salud que cumplieran funciones en los centros de salud donde se hubieran designado becarios del PMC.

El Ministerio provincial era el responsable de preseleccionar a los becarios en el marco de los requisitos establecidos por el programa y proponer tutores a las universidades (Rossen, 2006: 13). Sin embargo, tuvo escasa capacidad para mediatizar la asignación de los recursos con los municipios en la medida en que solo comunicaba a los secretarios de Salud municipales las becas asignadas (Dirección de Atención Primaria, 2007: 204). Dada la municipalización de los centros de salud en la provincia de Buenos Aires, eran los municipios quienes proponían los CAPS donde los becarios cumplirían con su dedicación asistencial.

En el contexto del debilitamiento de los clásicos programas verticales y frente a la falta de medicamentos y profesionales para hacer frente al incremento de la demanda, la apuesta por el fortalecimiento del primer nivel de atención tendió a estructurar relaciones directas entre el Ministerio de Salud de la Nación y los municipios a cargo de los CAPS a los que estos programas buscaban fortalecer.

b) Las iniciativas provinciales: las Agendas Regionales y el Seguro Público de Salud

Con menor impacto y mayores dificultades para consolidarse como política pública en el plano organizacional y de los recursos, las iniciativas provinciales en el sector pusieron el foco en dos dimensiones diferentes de la política sanitaria: el fortalecimiento de las regiones sanitarias a partir de la conformación de redes regionales que culminaba en la formalización de las Agendas Regionales y el cambio en el modelo sanitario con el Seguro Público de Salud de la provincia.

La primera iniciativa buscaba regionalizar la atención y la gestión por redes de complejidad, para lo cual promovía la identificación de Agendas Regionales con los municipios, celebrando acuerdos estratégicos para la organización de redes de complejidad en cada región. El interés por articular recursos regulares de la provincia y los municipios orientando las inversiones en infraestructura y equipamiento previstas fue quizás uno de los rasgos más interesantes, y a su vez el que presentó mayores dificultades para movilizar las inercias de autonomización que venían consolidándose en la salida de la crisis.

Buscando incidir en la construcción de otro modelo sanitario, una segunda iniciativa, el Seguro Público de Salud (SPS), comenzó a implementarse en el año 2000 y estuvo basado en la articulación público-privada, la figura de los contratos de gestión y la responsabilidad nominal sobre el paciente en la atención. El seguro estaba destinado a la población de la provincia sin cobertura formal de algún tipo de seguro y sin capacidad económica para adquirir uno; esto último se determinaba por el nivel de ingreso familiar a través de una declaración jurada. Buscaba brindar a la población beneficiaria una atención integral a través de un médico de cabecera, un odontólogo, prácticas de laboratorio indicadas por el médico de cabecera y acceso a los medicamentos, a partir de 2002 a través del Programa Remediar.

En el contexto de los problemas del sistema de salud provincial, el SPS buscaba instalar un “modelo de organización con separación del sistema de provisión de servicios, con financiamiento a la demanda y con focalización en los sectores de menores recursos; avanza en el sentido de minimizar los problemas de equidad por un lado y, por otro, promueve una mayor eficiencia en el funcionamiento del sistema, integrando criterios propios de atención gerenciada en la coordinación del sistema de servicios de salud” (Báscolo y Sánchez de León, 2002: 91).

El Ministerio de Salud de la Provincia se reservaba la potestad para realizar las contrataciones de los equipos profesionales en acuerdo con federaciones y cámaras del sector. En el nivel local se creó una Unidad Coordinadora Municipal (UCM) con funciones relacionadas a la selección y solicitud de incorporación de los beneficiarios, a la atención a los beneficiarios, a la gestión de quejas y reclamos, a la coordinación local de las prestaciones de salud y de diferentes programas sociales relacionados con las condiciones de salud de la población y a la difusión de actividades del SPS.

Un estudio de la implementación del SPS sobre 8 casos municipales realizado por Báscolo y Yavich (2011)³⁵, que retoma los resultados de una investigación

³⁵ Se trata de los municipios de Almirante Brown, Florencio Varela, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Pergamino, Pilar y San Miguel.

realizada entre 2004 y 2006, pone en evidencia que “la puja que constituyó el eje de la interfase provincia-municipio estuvo dada por la tensión entre la búsqueda de fortalecer la regulación provincial y la autonomía de los actores municipales. La interfase municipal gira en torno a la puja por la apropiación de los recursos ofrecidos por el SPS y la definición del modelo de gestión y atención municipal” (Báscolo y Yavich, 2011: 160); las variables indagadas en ese estudio refieren al liderazgo, la fortaleza técnica y la coherencia política y a las alianzas del equipo de gestión del SPS con las secretarías municipales (Ibíd.: 177).

Recapitulando, los programas nacionales y provinciales operan sobre un campo construido por los procesos de descentralización y marcado por la autoasunción de responsabilidades en los tiempos de la crisis de 2001. En este campo, los programas nacionales expresaron el *regreso del Estado nacional* a la arena local tomando posición frente a la cuestión social. Su relevancia parece estar dada por la importancia que adquieren como recurso pero también por la vocación por modificar la atención en el nivel de los servicios.

Tal como fue señalado, el papel asignado a los municipios desde los programas nacionales y también provinciales es el de ejecutor. Sin embargo, aquella tensión entre la capacidad de regulación y la autonomía que analizan Báscolo y Yavich en la interface provincia-municipio del SPS podría extenderse a los otros programas, y nos está hablando del poder sobre el sistema que supone disponer de los centros de salud y, en algunos municipios, de los hospitales (como es uno de los casos analizados en este libro) al definir el rumbo de un modelo sanitario. Dicho de otro modo, las condiciones generales de la organización de los servicios en accesibilidad, calidad y disponibilidad son atributos que *preceden a los programas y condicionan sus posibles impactos*.

Otra cuestión a destacar de este breve análisis de las iniciativas supralocales como condiciones del contexto es que en casi la totalidad de las iniciativas subyacen (más o menos explícitamente) ideas que buscan promover transformaciones (desde el aporte de un recurso particular) hacia un modelo sanitario basado en la organización de niveles de complejidad creciente y basado en la APS. Mientras las iniciativas nacionales tienen al COFESA como espacio de legitimación de esas orientaciones conceptuales, e institucionalizan las acciones en el Plan Federal de Salud, en la órbita provincial el debate parece haber sido menos explícito y se fue configurando en el juego de fuerzas particulares de cada territorio que resulta de la tensión entre regulación/autonomía entre una

provincia debilitada en la salida de la crisis (pero con las potestades en salud) y los municipios, y que encuentra como equivalentes del COFESA a los también debilitados Consejos Regionales.

V. Las reglas de juego de la coparticipación provincial por salud como incentivo

Aunque no únicamente, una de las variables que incide en este proceso de autonomización de los espacios locales tiene que ver con la disponibilidad de recursos para dar respuesta a las demandas de la población.

Como sucede en gran parte de las provincias argentinas, en la provincia de Buenos Aires y en el GBA en particular, la cobertura de los gastos que demanda la provisión de los servicios sociales desde el nivel municipal compromete un complejo esquema de transferencias fiscales intergubernamentales desde la nación y la provincia hacia los municipios.³⁶

Esta dependencia de los recursos externos tendió a agravarse en el contexto de la crisis que estalla en diciembre de 2001. Por ese tiempo, los niveles de autonomía financiera (medida en el porcentaje de la coparticipación sobre el presupuesto total) empeoraron en alrededor del 50%. Para algunos municipios del primer cordón del Gran Buenos Aires, los aportes de fondos coparticipables suponían, en el año 2001, el 15% del presupuesto de gastos totales, mientras que en el año 2006 pasaron a representar algo más del 25%. En el caso de los partidos del segundo cordón, aunque con porcentajes de participación de recursos externos mayor, el incremento a lo largo del período fue algo menor y más errático; en algunos municipios, los aportes de fondos coparticipables pasaron de representar en el año 2001 el 40% del presupuesto de gastos totales, mientras que en el año 2006 fueron algo más del 60%.

En parte, este fenómeno se debe a las restricciones informales y que tienen lugar en el campo de las relaciones políticas que tuvieron los gobiernos locales para aumentar las tasas municipales una vez que comienza a recuperarse la actividad económica. La preocupación del Gobierno nacional por mantener los equilibrios macroeconómicos (en relación con los impactos del incremento de las tasas municipales en el índice de inflación) y las demandas de los actores sociales (en particular de las organizaciones de consumidores)

³⁶ Cabe destacar que se trata del 35% del gasto en la finalidad salud (55% corresponde a la provincia y 10% a la nación).

se concretaron en un sistema de transferencias adicionales que buscaron compensar esa brecha.³⁷

Una parte de estas transferencias se realiza sin condicionamientos; entre ellas, se destaca la distribución de los recursos coparticipables hacia los municipios, cuya “distribución secundaria” compromete distintos indicadores.³⁸ Si bien no se trata de las únicas transferencias que reciben los municipios, son las más importantes en su magnitud y autonomía en su asignación y disposición, revistiendo particular importancia para el sector salud dado que más de un tercio se distribuye por indicadores de corte “devolutivo”.

La Ley Provincial 10.559 de 1987, y dos años después la 10.820, fijaron los criterios de distribución secundaria de los recursos hacia los municipios, en el contexto de un incipiente desarrollo de la prestación de servicios de salud en la órbita municipal; esta es una de las razones que permite explicar el carácter devolutivo que asume este sistema. En ese sentido, Iarussi (2008) sostiene que la ley no fue pensada como incentivo para el desarrollo de una política sanitaria en el ámbito local, sino solo como un sistema de transferencias de carácter devolutivo³⁹: se recaudan los impuestos y se devuelven a las instancias responsables de los servicios. Cabe recordar que se trata del 37,13% del total de la masa coparticipable, mientras que el porcentaje restante se distribuye según la superficie, la población y la inversa de la capacidad tributaria, como mecanismo redistributivo. Los criterios desde los cuales se distribuye el denominado “componente salud” son los siguientes:

- 35% en proporción directa al *número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas* de los establecimientos con internación de cada partido.

³⁷ Diario *Clarín*, 28/02/06: “Costo de vida: comunas bonaerenses/municipios frenarán subas de tasas por seis meses”; “Los jefes comunales reaccionan a la presión del presidente Kirchner y las quejas de los contribuyentes”. Diario *Clarín*, 1/3/2006: “Marcha de consumidores en la Capital. Con auxilio de (gobernador Felipe) Solá, los intendentes frenaron el aumento de impuestos”; “A última hora de anoche los municipios acordaron conformar una comisión que analizará las necesidades financieras de los distritos. La Provincia les daría auxilio a las localidades que lo requieran”.

³⁸ En el sistema de coparticipación provincial, la *distribución primaria* es la parte de la recaudación total (que resulta de sumar los recursos provenientes de la coparticipación federal y los recursos propios) que la provincia distribuye entre los municipios. La *distribución secundaria* hace referencia a los criterios a través de los cuales se distribuyen esos recursos a cada uno de ellos.

³⁹ El análisis que realizan López Accotto, Martínez y Grinberg (2011) discute con esta posición en la medida en que sostiene que apenas se limita a resarcir los gastos en salud que no llegan a reflejar la función de costos ni el modelo de atención local que prima en los municipios.

- 25% en proporción directa al *número de consultas médicas* registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.
- 10% en proporción directa al *número de egresos* registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
- 20% en proporción directa al *número de pacientes-días* registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- 10% en forma proporcional al *número de establecimientos sin internación* en cada partido. (Ley Provincial 10.820 de 1989).

Pasados más de veinte años de la sanción de este régimen, su campo de aplicación fue modificado; las reformas que se sucedieron en la década que siguió a la sanción de estas leyes, la crisis de 2001/3 y las respuestas municipales configuraron un nuevo escenario, profundizando viejos problemas y abriendo otros, que vienen siendo analizados por distintos autores⁴⁰:

1. La inconveniencia de que el régimen de salud (en cuanto régimen especial) sea incorporado dentro del general de la coparticipación que persigue otros objetivos. En esos estudios se insiste en que la masa de coparticipación puede aumentar o disminuir según los ciclos macroeconómicos y, en algunos casos, puede no ser suficiente para cubrir los gastos derivados de la prestación de los servicios. (Garriga y Sanguinetti, 1995).
2. Anticipándose a los fenómenos que se esbozaban hacia finales de esa década y se consolidarían en la siguiente, estos trabajos refieren a las externalidades que generan los servicios de salud, dado que además de beneficiar a la comunidad (a la que representan los gobiernos municipales) pueden beneficiar a comunidades vecinas, resultando así clave el cuidado de dispositivos presupuestarios que *internalicen las externalidades* y la asunción por parte del gobierno provincial de aquellos servicios que comprometen a varios municipios. (Garriga y Sanguinetti, 1995).
3. La insuficiencia de los recursos que, salvo excepciones, afecta a casi la totalidad de los municipios. (Iarussi, 2008; López Accotto, Martínez y Grinberg, 2011).

⁴⁰ Retomamos para este análisis una primera enunciación presentada en Ariovich, Chiara y Di Virgilio (2010).

4. La asignación de porcentajes fijos por variable integrante de la fórmula implica que el pago unitario por variable será cada vez menor si la producción crece a mayor tasa que la masa coparticipable. Este fenómeno se ve claramente en el valor transferido por consulta que es cada vez menor. (Iarussi, 2008).
5. La fórmula establecida por la ley y la decisión de adoptar la máxima complejidad existente en el municipio como multiplicador para ponderar las camas ocupadas (Resolución del Ministerio de Economía provincial n.º 198/89) introduce diferencias en el financiamiento entre municipios e importantes distorsiones según la forma en la cual los municipios asignan los recursos para salud, especialmente en aquellos casos que se orientan al desarrollo de la alta complejidad. (Iarussi, 2008; Barbieri, 2007; Chiara, Ariovich y Di Virgilio, 2010; López Accotto, Martínez y Grinberg, 2011).
6. Los incentivos hacia la complejidad, implícitos en los indicadores instituidos desde la ley, parecen haberse profundizado a partir de la Resolución del Ministerio de Economía provincial n.º 198/89. Como resultado de esta norma, un cambio en la complejidad de un establecimiento genera un rápido impacto en el aumento de la coparticipación, modificando los valores a transferir en la totalidad de las camas municipales (sean agudas o crónicas) de modo tal que las camas ocupadas de la misma complejidad resultan valorizadas de manera diferente en distintos municipios. (Iarussi, 2008).
7. Estos problemas resultaron en el sobrefinanciamiento, en algunos casos, y el subfinanciamiento, en otros (Barbieri, 2007), así como también en la existencia de problemas de sobredeclaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad. (Garriga y Sanguinetti, 1995; Barbieri, 2007; Iarussi, 2008).
8. Por último, y en parte como resultado de los problemas antes enunciados, estos mecanismos tienen consecuencias en la inequidad. El análisis de la evolución 2000/2005 de las transferencias por habitante total y sin cobertura en los partidos del Gran Buenos Aires muestra la profundización de estas brechas. (Chiara, Ariovich y Di Virgilio, 2010).

Tal como plantea Iarussi (2008), el sistema se originó en la necesidad de dar respuesta al problema del financiamiento de los servicios y presenta un carácter devolutivo, no habiendo buscado orientar la definición de políticas

locales. Sin embargo, en un contexto de desarrollo progresivo de los sistemas de salud en el nivel local a lo largo de la década pasada, y ante la falta de instrumentos que instituyeran una más clara distribución de tareas entre las jurisdicciones, las reglas de juego presentes en la distribución secundaria de la coparticipación terminaron siendo incentivos y restricciones al momento de definir una política local.

Cabe destacar que el resultado de la distribución de los fondos de coparticipación por salud representaba en sus valores agregados –según estimaciones del año 2005– el 70% del gasto total en salud de los servicios bajo jurisdicción municipal (776 millones de pesos corrientes), mientras que el 30% restante (322 millones de pesos corrientes) era financiado con fondos municipales derivados de tasas y otros ingresos. (Iarussi, 2008).

En general, y tal como lo hemos analizado (Chiara, Ariovich y Di Virgilio, 2010), los municipios se ven obligados a afectar en promedio el 50% de sus recursos propios para cubrir los gastos derivados de las prestaciones de salud; este fenómeno comprende tanto aquellos municipios que tienen a su cargo hospitales como a los que sostienen solo establecimientos de primer nivel. Estos valores agregados encierran situaciones muy diversas; mientras en algunos municipios del interior de la provincia el financiamiento de la coparticipación supera el 100% de lo gastado en salud, para los municipios del Gran Buenos Aires el porcentaje de financiamiento del gasto en finalidad salud municipal se reduce a alrededor del 50%. En el Gran Buenos Aires, también este valor promedio comprende situaciones diferentes: mientras algunos municipios financiaban alrededor del 20% de su gasto en salud con las transferencias resultantes de la coparticipación (Tres de Febrero, San Fernando y Ezeiza), otros llegaban a financiar alrededor del 80% (San Miguel y Malvinas Argentinas); los casos estudiados (San Fernando y Malvinas Argentinas) se sitúan en uno y otro grupo.

Estos mecanismos dieron como resultado un esquema de distribución de recursos muy desigual que se ha ido profundizando con posterioridad a la salida de la crisis 2001/3 y que muestra importantes deficiencias frente a los desafíos que significa la necesidad de superar las brechas entre territorios muy desiguales y el imperativo del sistema de garantizar el tránsito de las personas según la complejidad que requieran, independientemente del domicilio de residencia y de la jurisdicción (nacional, provincial o municipal) a la que pertenezca uno u otro servicio.

Estas reglas de juego revisten para el análisis de la política local una doble relevancia, tanto por su carácter de incentivo como por las propias limitaciones

para convertirse en mecanismo de coordinación financiera, capaz de compensar las inequidades territoriales.

VI. Cambios en otros subsectores: la apertura del INSSJP/PAMI a los hospitales públicos

Entre las condiciones del contexto que configuran el margen de los actores en el nivel local, un cambio en el subsector de la seguridad social comienza a producir transformaciones hacia finales del período.

En el año 2005 se produjo un cambio importante en la configuración de la red de prestadores del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI); se suprimieron las “gerenciadoras” que intermediaban la gestión del organismo, habilitándose –entre otros prestadores– la incorporación a la red de prestadores del INSSJP/PAMI a los Hospitales de Gestión Descentralizada.⁴¹

El nuevo modelo, denominado Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales, buscó ampliar la red de prestadores a los fines de mejorar y ampliar las prestaciones a los afiliados (Resolución INSSJP 284/2005). Con la finalidad de garantizar la cobertura en todo el territorio nacional y abrir el financiamiento a los efectores del subsector público, dicha resolución estableció que las “redes prestacionales podrán estar integradas por establecimientos del sector privado y hospitales nacionales, provinciales y/o municipales en calidad de integrantes y/o adherentes, categorizados por nivel de complejidad, según estructura, procesos y resultados, como así también ingresar al sistema en forma individual”:

“Podrán inscribirse en el Registro bajo las condiciones del presente Reglamento, las REDES constituidas únicamente por prestadores directos, titulares de la capacidad prestacional, sean éstos personas físicas y/o personas jurídicas, conformadas bajo las formas societarias o asociaciones previstas en la legislación vigente, pertenecientes al Sector Público, Privado y/o Mixto, que ofrezcan sus servicios en el ámbito geográfico de la Unidad de Gestión Local en la que solicitan su inscripción. (...) Las Instituciones Públicas Nacionales, Provinciales o Municipales podrán participar en la forma que permita su normativa específica. Asimismo, los efectores públicos deberán efectuar la renuncia expresa a exigir de El INSTITUTO, cualquier tipo de compensación distinta de la ofrecida

⁴¹ El Decreto Nacional 939/2000 modificó la normativa original sancionada en el año 1993 instituyendo el Régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada.

a la RED PRESTACIONAL, tanto sea en virtud del sistema de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada o en virtud de cualquier otro régimen directo o indirecto con EL INSTITUTO, existente o a crearse, mientras revista carácter de Prestador Integrante o adherente de una RED PRESTACIONAL”. (Resolución INSSJP 284/2005, artículo 7).

La remoción de la figura de las gerencadoras del INSSJP/PAMI constituyó un paso fundamental en la mejora del organismo y, en este contexto, la apertura a los hospitales públicos estuvo animada por una idea integral de promover relaciones virtuosas con el subsector público. Al recupero de prestaciones puntuales, se abrió la posibilidad de habilitar establecimientos para asumir, a través del sistema capitado⁴², a una cantidad de afiliados del Instituto.

No obstante estos avances, el cambio en las reglas de juego comenzó, progresivamente, a constituirse en un nuevo incentivo para el desarrollo de las prestaciones en el segundo nivel y la reserva de parte de las camas para pacientes con esta cobertura en los hospitales descentralizados, abriendo una nueva “ventana de oportunidad” para la construcción autónoma de política sanitaria, fisurando –aún más– las fronteras entre el subsector público y la seguridad social.

VII. Recapitulando

Estas son las principales coordenadas del régimen desde las cuales se organizan –tal como se plantea en nuestra hipótesis– los arreglos entre los actores del sector en la implementación; dicho de otro modo, constituyen los incentivos o restricciones frente a los cuales se ve desafiado cada entramado local de actores.

Retomando las dimensiones del régimen de implementación (política, funcional y material) y los planos en los que se despliegan las decisiones de política de salud en el nivel local, podemos avanzar en la siguiente caracterización.

En el *plano político*, en el contexto de la crisis de 2001 y especialmente en su salida, la proximidad a los problemas y la primaria responsabilidad de gobierno y de gestión de los municipios, habilitó un margen de autonomía significativo en el diseño y la implementación de políticas. La reaparición en la arena local del Gobierno nacional y un particular “ida y vuelta” en la construcción de legitimidad en la relación con los actores locales, concurren en el debilitamiento del gobierno provincial como actor en el territorio y en aquella construcción de

⁴² Se trata de un monto fijo por el cual los médicos de cabecera del Instituto pueden derivar pacientes para ser tratados en los hospitales de gestión descentralizada.

autonomía en la arena local. El debilitamiento del actor provincial se expresa también en un virtual desdibujamiento de las instancias intermedias de gestión como son las regiones sanitarias y sus espacios de concertación.

En el *plano funcional*, y tal como fue analizado, la descentralización operó sobre un marco institucional débil y heterogéneo en los municipios de la provincia y configuró escenarios diversos, abiertos al diseño e implementación de la política sanitaria y limitados por sus propias condiciones estructurales. La ambigüedad respecto a la distribución de responsabilidades entre niveles jurisdiccionales y la indefinición del perfil prestacional a garantizar, fueron atributos particulares de estos procesos en el sector que tendieron a jerarquizar a los espacios locales como ámbito de producción de la política.

En ese marco, se desarrollan los programas nacionales y provinciales cuyo alcance comienza a advertirse en la arena local en la salida de la crisis. A pesar del papel ejecutor que le confieren a los municipios, estos programas operan sobre un campo construido previamente desde los procesos de descentralización, con alta gobernabilidad local derivada de tener a cargo los centros de salud y, en algunos casos muy particulares como Malvinas Argentinas, analizado en este libro, todos los niveles de complejidad. La relevancia de estos programas parece estar dada por la importancia que adquieren como recurso, pero también por la capacidad que tienen para reordenar el nivel de la atención en el nivel local, aunque su “letra” se escribe sobre los resultados de la descentralización y sus problemas.

Por último, en el *plano material*, cabe destacar los incentivos implícitos en las reglas de juego de la asignación de los fondos en salud por la coparticipación en la provincia de Buenos Aires. Habiendo pasado algo más de dos décadas, este esquema de distribución de recursos provinciales ha mostrado escasa capacidad para garantizar un financiamiento acorde a las necesidades de atención de la salud en los municipios, mientras que los criterios implícitos en la fórmula empleada para el cálculo de la distribución han tenido consecuencias en el plano de la atención incentivando el desarrollo del segundo nivel (medido en cantidad de camas) y, muy especialmente, de la alta complejidad. Sin proponérselo, los mecanismos de la coparticipación municipal en salud signaron el proceso de descentralización de los servicios en la provincia y su incidencia fue potenciada por la ausencia de definiciones acerca del modelo prestacional. Un segundo proceso a recuperar en esta dimensión, refiere a la incorporación de los Hospitales de Gestión Descentralizada a la red de prestadores del INSSJP/PAMI; este cambio fue un nuevo incentivo al desarrollo de las prestaciones

en el segundo nivel y con alta complejidad en la órbita municipal, aportando un nuevo financiamiento –alternativo a los existentes– para la construcción de autonomía en la política sanitaria. Si bien se trata de un fenómeno poco visibilizado, vale consignar este cambio de escenario por la importancia que comienza a tener hacia finales del período analizado entre los establecimientos hospitalarios, cuya importancia se amplía años siguientes.

No obstante, queremos insistir en que no se trata de factores determinantes ni permanentes; los actores en la arena local movilizan y desarrollan distintos atributos de capacidad estatal para aprovechar (o no) las oportunidades que las condiciones del régimen les abre o para minimizar sus impactos.

El análisis diacrónico realizado muestra que estas condiciones son principios que tensionan desde distintos ámbitos (subsector público y de seguridad social) y jurisdicciones, muchas veces de modo conflictivo, lo cual confiere a sus resultados cierta inestabilidad.

Es en esa matriz del régimen supralocal (o estadual) de implementación, que algunos municipios logran “coagular” un conjunto de condiciones que, fundadas en el aprovechamiento y la tensión con aquellas oportunidades y restricciones, tienen la capacidad de definir “hacia arriba” el diagrama de opciones; los casos analizados en los capítulos siguientes muestran diferentes trayectorias en ese proceso de construcción.

Bibliografía

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008) “El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. En: *Salud Colectiva*, Vol. 4, n.º 3.
- Anderson, W. (1960) *Intergovernmental Relations in Review*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Barbieri, N. (2007) “Política fiscal y Política Sanitaria. Tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia”. En: *Salud Colectiva* 3(1): 49-61.
- Báscolo, E. y Sánchez de León, A. (2002) “El Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires”. En: *Gestión en Salud* 3: 86-97.
- Báscolo, E. y Yavich, N. (2011) “Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires”. En: Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C., *Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe*, Editorial Pontificia

- Universidad Javeriana, Bogotá, 2011.
- Centro de Estudios Bonaerenses (1996) *Informe de Coyuntura*, Año VI, n.º 61 y 62, noviembre y diciembre.
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004) “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina”. En: *Revista de la CEPAL*, Vol. 84, pp. 117-134, diciembre, Santiago de Chile.
- Chiara, M. (1999) “Los municipios del Conurbano Bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica”. En: Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Cravino, M. C. y Catenazzi, A., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*. Informe de Investigación. UNGS.
- Chiara, M. (2009) “Se hace camino al andar: Municipios y Política Social en el Gran Buenos Aires en el tránsito de la crisis 2001/3”. En: Pedro Pérez (editor), Buenos Aires, la larga formación del presente, Colección Ciudades n.º 2, Olacchi, Quito, 2009.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009) “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas”. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2006) “Buscando una aguja en un pajar... políticas sociales orientadas hacia el desarrollo y debates acerca de su institucionalidad”. En: *Perfiles Latinoamericanos*, n.º 28, México, DF.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005) *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. UNGS/Prometeo.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010) “De ‘condiciones’ y ‘estrategias’: reflexiones en torno a la coparticipación provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000/2005)”. En: *Salud Colectiva*, 6 (1): 47-64.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Miraglia, M. (2008) “Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires”. En: Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Medina, A. y Miraglia, M. (coord.) *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines, UNGS.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009) “Conceptualizando la gestión social”. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Moro, J. (2009) “Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local”. En: *Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*. SAAP, n.º 14.

- CIPPEC (2008). *Experiencias de Gestión Pública en Salud*. Primer ciclo.
- Clemente, A. y Girolami, M. (ed.), (2006) *Memoria de la crisis (II)*. Coedición, Espacio/ IIED-AL.
- Damsky, I. (2006) “La construcción del derecho a la salud en la Argentina a partir de la internacionalización de los ordenamientos jurídicos”. En: Cienfuegos Salgado, D. y Macías Vázquez, M. C. (coord.) *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico*, UNAM, México, 2006.
- De Marco, M. (2009) *Competencias de Salud Provinciales*. Buenos Aires. Mimeo.
- Dirección de Atención Primaria (2007) *Memoria Anual 2006/7*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Fiszbein, A.; Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2003) “El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares”. En: *Revista de la CEPAL*, n.º 79, abril, Santiago de Chile.
- Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995) “Coparticipación a Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires”. En: *Cuadernos de Economía*, n.º 10.
- Gómez, M. (2006) “Crisis y recomposición de la respuesta estatal a la acción colectiva desafiante en la Argentina, 1989-2004”. En: *Revista Argentina de Sociología*, Vol. 4, n.º 6, pp. 88-128, Buenos Aires.
- Iarussi, M. (2007) “La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud”. En: Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Medina, A. y Miraglia, M. (coord.) *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines, UNGS, 2008.
- Isuani, A. (2007) *El Estado de Bienestar Argentino. Un rígido bien durable*. Mimeo.
- Lahera, E. (2004) “Política y Políticas Públicas”. En: *Serie Políticas Sociales*, n.º 95, CEPAL, Santiago de Chile.
- López Acotto, A.; Martínez, C. y Grinberg, I. (2011) *Análisis del funcionamiento del componente salud de la coparticipación provincial bonaerense y sus impactos*. Mimeo.
- Ministerio de Salud de la Nación (2006) *El Programa Remediar: Gestión y resultados de un modelo innovador en APS*. Buenos Aires.
- Maceira, D.; Apella, I. y Barbieri, E. (2005) *Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina*. Nuevos Documentos Cedes, n.º 51/2008.
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2002) “Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires”. En: *Cuadernos de Economía*, 63: 12.

- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995) "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". En: *Redes (Revista de Estudios Sociales de la Ciencia)*, Vol. 2, n.º 4, pp. 99-128, UNQ, Buenos Aires.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (2004) *La construcción del federalismo argentino: perspectivas comparadas*. Buenos Aires.
- Repetto, F. y Potenza Dal Massetto, F. (2004) "Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización". En: Gomá, R. y Jordana, J., *Descentralización y Políticas Sociales en América Latina*, CIDOB, Barcelona.
- Rodrigáñez Ricchieri, P. y Tobar, F. (2003) *El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- Rossen, M. (2006) "Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud". Ponencia presentada en el *XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Ciudad de Guatemala, 7-10 de noviembre.
- Rovere, M. (2004) "La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto". En: Revista Electrónica, *La Esquina del Sur*. Mayo.
- Stoker, R. (1989) "Un marco de análisis para el régimen de implementación". En: Aguilar Villanueva, L. F. (ed.) *La implementación de las Políticas Públicas*. Miguel Ángel Porrúa. México, 2ª ed., 1996.
- Tobar, F. (2004) *Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina*. Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C. Enero.
- Wright, D. (1997) *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Fondo de Cultura Económica (Nuevas Lecturas de Política y Gobierno), México. 1ª ed. en español.

Capítulo 4

La política sanitaria en los límites de la fragmentación: un análisis del caso Malvinas Argentinas*

Magdalena Chiara (ICO/UNGS)

Presentación

Heterogeneidad y complejidad son los atributos más evidentes del mapa resultante de la descentralización en el sector salud en las últimas décadas en la provincia de Buenos Aires.

Iniciada hacia finales de la década de los ochenta, la descentralización en salud no fue un fenómeno lineal, sino resultado de un proceso progresivo de transferencia de funciones y servicios y de la asunción desde lo local de responsabilidades no siempre instituidas desde las reglas de juego formales que definen las competencias en cada nivel jurisdiccional y regulan las relaciones entre las jurisdicciones. Este proceso, complejo e incremental, estuvo atravesado por las crisis que marcaron el funcionamiento de las instituciones estatales y modificaron estructuralmente las condiciones de reproducción de la vida de la población en las últimas décadas; la crisis del año 2001 fue una de aquellas dramáticas experiencias.

* Este desarrollo retoma también la reconstrucción realizada en el contexto de la investigación doctoral titulada “Relaciones intergubernamentales y salud: aspectos políticos de la política sanitaria en el Conurbano Bonaerense (2001-2007)”, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Dir. Fabián Repetto. Una parte de este documento fue presentado en la Segunda Jornada de Política Social; agradecemos los comentarios de Nora Gluz, cuyos aportes son recuperados en este trabajo.

En el Gran Buenos Aires, pueden identificarse distintos tipos de problemáticas conforme las características sociales, demográficas y urbanas; la organización del sector público de salud, la demanda a la que responde y construye, la naturaleza de las relaciones entre niveles de gobierno, la densidad de las intervenciones y la capacidad de los actores. En el contexto de esta diversidad profundizada por la descentralización, el municipio de Malvinas Argentinas parece ser un ejemplo extremo de la fragmentación en el funcionamiento del sector público de salud en la provincia y expresa la vocación por una *construcción de autonomía* desde la esfera local que transita –en el período analizado desde el año 2001 al 2007– un recorrido tan particular como polémico.

Creado hace algo más de una década, el sistema sanitario¹ del municipio de Malvinas Argentinas se forjó al calor de las orientaciones de políticas de los años noventa²; ejemplo extremo de búsqueda de autonomía, desarrolló una importante estructura sanitaria que lo llevó a convertirse en uno de los prestadores más importantes de la zona noroeste del Gran Buenos Aires (GBA), organizado bajo un modelo basado en la alta complejidad y en la utilización de modalidades de contratación del recurso profesional similares a las empleadas en el sector privado.

Las preguntas desde las cuales interrogamos el caso de estudio son propias del análisis de las políticas públicas y de los estudios de la implementación; buscamos recuperar en esta indagación la capacidad de incidencia de los actores y, en particular, de quienes operan en el nivel local. ¿Cuáles han sido los principios organizadores de la política local en el plano de la atención, gestión y financiamiento (Tobar, 2000)?; ¿cuáles son los márgenes de autonomía en el contexto de los incentivos y restricciones definidos desde el contexto resultante de la descentralización?; ¿cómo incidió en estos procesos la crisis 2001/3? Son algunos de los interrogantes que transita este trabajo.

El marco conceptual desde el que se desarrolla este trabajo abrevia en la producción tanto del ámbito de la política de salud como en aportes derivados de los estudios de políticas públicas, buscando comprender las condiciones en las que se desarrolló la experiencia, echar luz sobre los actores, las dinámicas locales, las decisiones tomadas y sus relaciones con procesos más generales.

¹ En este relato retomamos en algunas oportunidades el término “sistema” en términos coloquiales, sin buscar con ello dar cuenta de los atributos que supondría el uso estricto del concepto. Una aproximación a los conceptos a adoptar para el recorte y construcción del campo de conocimiento se presentan en el capítulo 1 de este libro.

² Institucionalizado en sus orígenes a través de las Ordenanzas Municipales 61 y 214 del año 1996 (Cravino, 2000: 80-81).

En función de estos objetivos, siguen a esta presentación seis secciones. La primera reconstruye las condiciones de surgimiento del municipio para continuar en una segunda sección con el análisis del entramado de actores en el nivel local. Una tercera sección analiza el proceso a través del cual se va construyendo, en el contexto de la crisis, la estructura prestacional en la órbita municipal, para luego poner el foco en el plano de la atención. La sección siguiente reconstruye las condiciones de la gestión y del financiamiento. La última sección recapitula las principales contribuciones de este caso para analizar las tensiones entre lo local y el contexto.

La reconstrucción desde la que se realiza este análisis recupera fuentes primarias (entrevistas a funcionarios municipales, regionales y provinciales y a dirigentes sindicales del sector), así como a fuentes secundarias (registro hemerográfico³, relevamiento del digesto municipal⁴ y de legislación nacional y provincial⁵, presupuestos de gastos municipales⁶ y datos de transferencias en concepto de coparticipación⁷).

Por último, parece necesaria una aclaración. Este trabajo no busca detectar éxitos o fracasos de esta experiencia. Sin dudas, requeriría de otro tipo de estudio más amplio en su escala territorial (por las razones que más adelante enunciaremos) y en el período del análisis. Interesa, sin embargo, reconstruir sus condiciones de surgimiento y reproducción, en la medida en que se trata de una experiencia que tensiona al máximo los márgenes de la política supralocal para construir una autonomía que le permite trascender los límites del municipio, construyendo otra territorialidad de referencia fundada en los beneficiarios del sistema de la seguridad social. Aun sin caer en una evaluación, cabe destacar

³ Se relevaron de manera sistemática tres periódicos locales: *Aquilonoticia*, *La Política On Line* y *El Tiempo*, para el período 2000/2007. Asimismo, se relevó el periódico *El Día* de la Ciudad de La Plata, no habiéndose encontrado información local. En dicha reconstrucción se relevaron publicaciones referidas a: salud (política de salud, hospitales, acciones gubernamentales, denuncias, reclamos vinculados al sector); política municipal con potencial de articulación con salud (declaraciones generales de los funcionarios e intendentes y acciones municipales vinculadas a salud) y política partidaria en el nivel local.

⁴ Se relevaron sistemáticamente los decretos municipales y ordenanzas del período 2000/2007, cuyos emergentes más relevantes abonaron a la reconstrucción de una línea de tiempo que se presenta en las figuras 4.2 y 4.3.

⁵ Se relevaron las leyes provinciales del período 2000/2007.

⁶ Se consultaron los presupuestos municipales correspondientes al período 2000/2007 publicados en el Boletín Oficial Municipal.

⁷ Según datos provistos por la UAES del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

que en el capítulo 6 de este libro se presenta un análisis cualicuantitativo de las condiciones de la atención en el nivel de la microimplementación.

I. Las marcas fundacionales de la división del partido

Las “marcas de origen” prefiguran las coordenadas a partir de las cuales comprender el caso Malvinas Argentinas. La particular historia de este municipio estructuró un *tejido institucional de carácter residual*: las sedes de las instituciones estatales, políticas y sindicales más importantes permanecieron en el partido de San Miguel, entonces ciudad cabecera del partido de General Sarmiento. Entre otros factores, esta historia explica que –en apenas una década– se fundara un *nuevo entramado* organizado desde el (y en torno al) actor más fuerte, el Municipio, fundándose lo que sus mentores denominaron el “Modelo Malvinas Argentinas”. La reconstrucción que hacemos en estas páginas busca desentrañar los atributos particulares de esta “marca” en sus continuidades y rupturas.

Pasando revista a los atributos particulares del *territorio*, los años posteriores a la división encuentran un partido con 290.691 habitantes que presenta valores bastante más críticos a los promedios del GBA: un 22,9% de población viviendo en hogares con NBI (más de cinco puntos por encima del promedio del resto de los partidos del GBA) y brechas muy superiores en el porcentaje de viviendas deficitarias (35,1% por sobre el 22,5% del promedio regional) según el censo de 2001 y que alcanza en el año 2010 322.375 habitantes. En términos sanitarios, los indicadores hablan de una mortalidad infantil que en el año 2001 estaba en torno al promedio de los municipios de la segunda corona, con una tasa del 16,6%.⁸

El municipio de Malvinas Argentinas (MA) está gobernado desde diciembre de 1995 por el mismo jefe comunal (Dn. Jesús Cariglino), quien recibió –como resultado de la división– una estructura sanitaria acotada a 21 centros de salud, dos hospitales municipales, una dotación de recursos humanos distribuidos –según sus propios protagonistas– sin ningún tipo de criterio en la proporción de especialistas y un establecimiento privado con internación de solo 20 camas.⁹ Con esta estructura sanitaria y dos años después de la asunción del nuevo gobierno comunal, comenzó a escribirse la política local de salud.

⁸ Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 2001.

⁹ Ministerio de Salud de la Nación, DIS, Guía de Establecimientos de Salud, 2000. Clínica Privada Viamonte de Grand Bourg.

El sistema de salud de MA sufrió distintas transformaciones; luego de dos gestiones anteriores, en el año 1997 asumió el mismo secretario de Salud que aún permanece a cargo del área. A pesar de (o animado por) las limitaciones estructurales propias de los atributos del *territorio* resultante de la división, su gestión estuvo signada por una fuerte vocación de cambio y tuvo como antecedente inmediato las ordenanzas del año 1996, inspiradas en las orientaciones de políticas de la década de los noventa. En aquella reforma local se definían responsabilidades dentro del sistema, se habilitaba a los hospitales a constituirse en entes descentralizados para recuperar (y gestionar de manera autónoma) los aportes de la población con obra social sindical o seguro de medicina privada y se instituía un sistema de arancelamiento de los servicios de salud (tanto del primero como del segundo nivel) para la población con capacidad de pago. En aquellos años, el arancelamiento de los servicios involucraba a la población residente en el partido y fue definiendo un rasgo mercantilizador que perdura en la actualidad, aunque haya sido abandonado como criterio para la propia población.

La política sanitaria de MA pasó por distintas transformaciones a partir de las cuales se fue modelando una estructura sanitaria que creció de 24 a 36 centros de atención primaria de la salud y de 54¹⁰ a 501 camas ubicadas en cinco establecimientos en el año 2007. Favorecido por la existencia de tierra vacante, el incremento en la dotación de establecimientos jugó también un papel muy importante en la construcción de una nueva centralidad urbana en un partido como Malvinas Argentinas que atravesaba un proceso fundacional.

En línea con las orientaciones de la década de los noventa, se fueron delineando los rasgos que caracterizan a la política sanitaria local. Siguiendo las orientaciones dominantes en los procesos de ajuste-reforma de la década, al desafío de proveer servicios de salud a un 58,4% de población sin otra cobertura que la del subsector público, la política pública respondió con el arancelamiento de los servicios. En palabras de un alto funcionario de la Secretaría de Salud, seguía una secuencia que daba cuenta de cuatro momentos: político, económico, sanitario y social. Resulta muy sugerente el énfasis puesto por sus protagonistas en un orden en el que “político” significa autonomía, “económico” alude a la generación de financiamientos, “sanitario” enuncia la vocación por convertirse en un prestador de referencia, y “social” refiere a la llegada a la población en situación de vulnerabilidad, representada por la entrega de prótesis, sillas de ruedas y otros satisfactores. Esta posición confronta de manera explícita con las visiones normatizadas –según los protagonistas locales– en los “manuales”,

¹⁰ Cravino, 2000: 80.

esto es, que los programas deben ser (en primer lugar) de salud, luego sociales, en tercer lugar ganar sostenibilidad y, por último, gozar de autonomía.¹¹

II. Modelando el entramado de actores en el nivel local

Una consideración particular merece el *entramado de los actores* que sostiene –por acción u omisión– la política local y su estructura sanitaria. Como anticipábamos, la historia de constitución del partido de MA dio como resultado un entramado en el cual las instituciones locales con historia permanecen en la cabecera del ex partido de General Sarmiento. La centralidad y autonomía de la figura del secretario de Salud y su estrecha relación con el intendente municipal, son atributos que caracterizan al entramado que sostiene la política local.

Los actores profesionales y gremiales, activos en la resistencia a los procesos de ajuste-reforma en sus momentos germinales, terminaron –promediando el año 2003– muy debilitados en su capacidad de incidencia en el rumbo de la política local. El enfrentamiento con el Colegio de Médicos del Distrito V y la CICOP¹² finalizó con el pase a contrato de locación de obra de la mayor parte del personal (García, 2009: 56). Algo antes, y finalizando los noventa, un destino similar habían tenido las Asociaciones Cooperadoras de los hospitales municipales a las que se les quitó el reconocimiento municipal, trasladándolo hacia una institución nueva, la Asociación Cooperadora Malvinas Salud, que es hoy la responsable del cobro del bono por prestaciones en todos los establecimientos.

Los actores supralocales parecen tener muy baja gobernabilidad sobre la política local y cuando aparecen en esa arena lo hacen validando las orientaciones sostenidas por las autoridades locales; nos referimos en particular a las altas figuras de los Ministerios de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación. No parece haber sido este el posicionamiento de la Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia, aunque sin los apoyos suficientes desde el nivel central para llevar adelante la iniciativa de articulación de una red regional. El derrotero del conflicto en torno a la acreditación de establecimientos (ver sección III de este capítulo) en el que resultó triunfante la posición municipal, es elocuente de esta baja gobernabilidad de los actores supralocales sobre lo que sucede en el municipio.

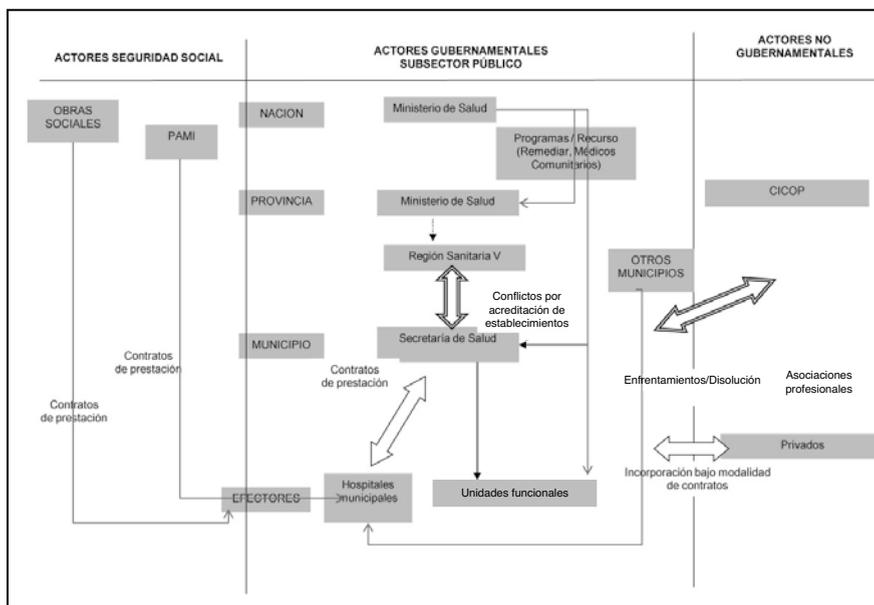
En la arena local se encuentran pocos actores por fuera del municipio, aunque las entrevistas con distintos funcionarios municipales –y las ordenanzas

¹¹ Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007.

¹² Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

y decretos municipales– dan cuenta de la existencia de empresas prestadoras de servicios (en cirugías, diagnóstico, salud mental, entre otras) relacionadas con la gestión municipal; aun con dudas en relación con su autonomía para ser considerados actores, cabe mencionarlos en la medida en que podrían ser el medio a través del cual se expresan los intereses de una parte de los profesionales en la construcción de la política local. Sin poder documentarlo más allá de los testimonios y las denuncias relevadas en los periódicos¹³, instituciones de la seguridad social, las obras sociales sindicales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI), desde el año 2005, aparecen involucrados como contratantes de servicios de salud municipales.¹⁴

Figura 4.1: Entramado de actores que organizan las relaciones en la política local



Fuente: elaboración propia.

En síntesis, el entramado local –limitado básicamente a la figura del secretario de Salud y del intendente municipal– fue ganando gobernabilidad sobre

¹³ Diario *La Política On line*, 04/11/2009 y 19/04/2010; *Clarín*, 15/04/2006.

¹⁴ García, 2009; entrevista a dirigente de la CICOP, agosto de 2008.

los demás actores, tanto del subsector salud como de la seguridad social. El conflicto con los actores gremiales y profesionales parece haber sido crucial para posibilitar el desarrollo del sistema municipal.

Creciendo en la captación de los recursos derivados de la coparticipación, las apuestas de la política local se orientaron a garantizar la máxima resolución de las necesidades de derivaciones en hospitales y centros de diagnóstico bajo la órbita municipal. Esta búsqueda de autonomía en la capacidad de resolución del sistema estuvo basada en la creación de servicios de alta complejidad, iniciativa que convivió con esfuerzos –desiguales y no siempre exitosos– de constituir a los efectores del primer nivel como “puerta de entrada”¹⁵ a un sistema cada vez más complejo y también costoso. La construcción de autonomía en la capacidad de resolución a expensas de la dependencia de los recursos captados por la coparticipación, es una de las paradojas que caracteriza al autodenominado Modelo Malvinas.

“... la primer premisa que tiene el intendente es el programa de salud, cuando nosotros asumimos, él quería resolver el 100% de la patología del habitante de Malvinas de salud, lo cual, traducido, quería todos los niveles de complejidad”.
(Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007).

Esta *tensión entre autonomía y dependencia de recursos* se resolvió aprovechando un nuevo cambio del contexto. La apertura del INSSJP/PAMI y la incorporación de los hospitales públicos a su red de prestadores en el año 2005 encuentra una demanda de población con cobertura, aunque no necesariamente residente en MA.

A continuación, pondremos el foco en la atención, realizando una reconstrucción de la estructura prestacional, sus atributos y los cambios recientes, las características de los beneficiarios del sistema con una mirada particular en las condiciones de accesibilidad, para finalizar con un sintético análisis de las dimensiones de la gestión y del financiamiento que hacen posible este modelo de atención.

¹⁵ En el capítulo 6 se analiza esta cuestión en un ejercicio comparado con el municipio de San Fernando desde la perspectiva de los profesionales y directivos de los equipos de salud.

III. Desarrollo, tensiones y clivajes recientes de la estructura prestacional

Como venimos planteando, la estructura sanitaria de MA tiene una historia relativamente breve y reconoce un punto de clivaje en la crisis de 2001/3. En aquellos años y especialmente en sus momentos más críticos, se produce en el municipio un incremento en la dotación de camas. Entre el Hospital Materno Infantil Mohibe Akil de Menem, el Hospital Oftalmológico, el Instituto Geriátrico Nuestros Abuelos y el Hospital Ramón Carrillo, que en el año 2001 sumaban 187 camas¹⁶, en el año 2007 sumaban 501¹⁷, consolidando un incremento del 167%. Como consecuencia, aumentó también la cantidad de egresos en un 121%, pasando de 11.685 en el año de la crisis a 25.915 en el año 2007. (Cuadro 4.1).

La apuesta por ampliar la dotación de los efectores municipales se expresó en variaciones muy importantes en la cantidad de camas públicas por cada mil habitantes (municipales en este caso), indicador que pasó de 0,64 a 1,56, distanciándose del valor promedio de los partidos del GBA (0,96 camas/1.000 habitantes) y acercándose a un promedio provincial algo más elevado (1,88 camas/1.000 habitantes), pero inferior a los estándares internacionales (2,5 a 4,75 camas/1.000 habitantes según el rango de población¹⁸). (Cuadro 4.1).

¹⁶ Se trata no obstante de una dotación bastante superior con la que encontró al municipio en el momento de su creación.

¹⁷ Son camas comprendidas en los siguientes establecimientos: Centro de Alta Complejidad Cardiovascular Presidente Perón (que con el Hospital Oftalmológico, Odontológico formaron el Polo Sanitario MA), el Hospital Municipal de Trauma y Emergencia Dr. Abete, el Hospital de Salud Mental Evita de Grand Bourg, el Centro de Nefrología y el Hospital Pediátrico Mary Gervasoni.

¹⁸ En poblaciones de menos de 25.000 habitantes, 2,5 a 3 camas por cada mil habitantes; en poblaciones de entre 25.000 y 100.000 habitantes, 3 a 4 camas por cada mil habitantes; y en poblaciones de más de 100.000 habitantes, entre 4 y 4,75 camas por cada mil habitantes.

Cuadro 4.1: Establecimientos con internación en subsector público (egresos, cantidad de camas y camas/1.000 habitantes) Malvinas Argentinas y promedios de partidos del GBA y total provincia de Buenos Aires, 2001 y 2007

	2001	2007	Variación 2001/2007
Egresos	11.685	25.915	121,78%
Cantidad de camas públicas, MA	187	501	167,91%
Cantidad de camas públicas/1.000 habitantes, MA	0,64	1,56	145,96%
Cantidad de camas públicas/1.000 habitantes. Total provincia de Buenos Aires	1,75	1,88	7,34%
Cantidad de camas públicas/1.000 habitantes. Total partidos GBA	0,99	0,96	-2,91%

Fuente: elaboración propia según datos de la Guía de Establecimientos Asistenciales, 2001 y 2007 y los Rendimientos de Establecimientos con y sin Internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional, Prov. de Bs. As., 2001 y 2007, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Nota: la cantidad de camas por cada 1.000 habitantes se calcula: total camas año x * 1.000 / total población proyectada año x. (Chiara, 2009).

Si el incremento de la estructura hospitalaria¹⁹ parece responder a la necesidad de mejorar la cantidad de plazas de internación para los habitantes de MA, y aumentar la autonomía del municipio para derivar pacientes, es sugerente que este proceso haya tenido lugar a pocos meses de declarada la emergencia sanitaria nacional²⁰ y también municipal²¹; hacemos referencia a la creación del Hospital

¹⁹ Ordenanza Municipal 431/01; 522/02; 523/02; 533/02.

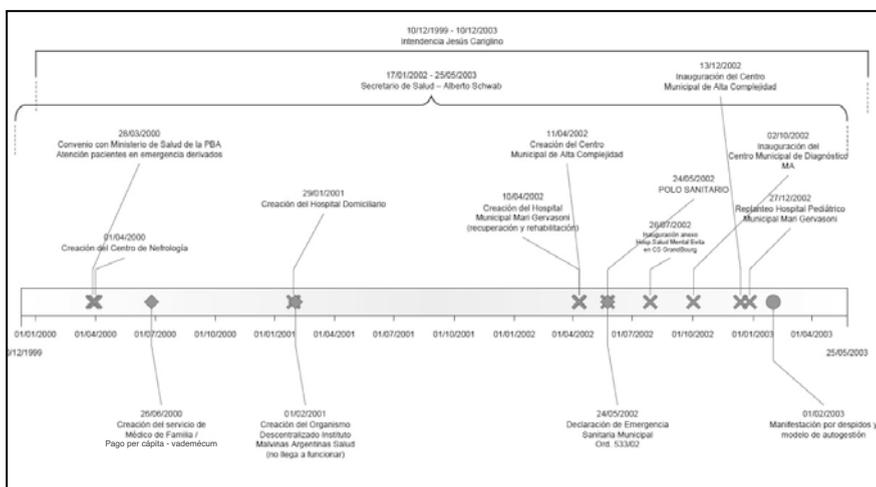
²⁰ 19/01/2002, DN 486/02. Declaración de Emergencia Sanitaria Nacional.

²¹ 24/05/2002, Ordenanza Municipal 533/02. Declaración de Emergencia Sanitaria Municipal.

Domiciliario, al Centro Municipal de Alta Complejidad y al Polo Sanitario del Hospital Municipal Mary Gervasoni, al Hospital de Salud Mental Evita de Grand Bourg y al Centro Municipal de Diagnóstico, todos en el año 2002.²²

Este período es interpretado de modo diferente en los testimonios relevantes. La crisis como “oportunidad” está explícitamente presente en la palabra de los funcionarios municipales, asociada a la posibilidad de “poner línea” a los prestadores (“se convirtieron casi en socios”), a los profesionales y a sus organizaciones gremiales a través de la modificación de las condiciones de contratación. Los actores gremiales, sin embargo, refieren no solo al problema de la precarización de los trabajadores, sino también a la facturación fraudulenta de prestaciones realizadas a algunas obras sociales sindicales y, posteriormente, al INSSJP/PAMI. Cabe destacar que el telón de fondo de la salida de la crisis encuentra al municipio convulsionado por la detención del intendente municipal acusado por estafa y administración fraudulenta, originalmente por obras de pavimentación, a lo que se sumaron otras 28 denuncias, entre las que se encontraban algunas de salud (Diario *La Nación*, 22/03/2003). (Figura 4.2).

Figura 4.2: Hitos de la política de salud local y el contexto. Municipio de Malvinas Argentinas, 2000/2003



Fuente: elaboración propia. (Chiara, 2009).

²² Ordenanza Municipal 431/01; 522/02; 523/02; 533/02.

Volviendo a la evolución de la estructura sanitaria, el incremento en la capacidad instalada de los efectores municipales estuvo atravesado por distintos tipos de tensiones, especialmente al momento de acreditarlos (en cantidad de camas y en complejidad) para recibir recursos desde la provincia en concepto de coparticipación en salud. Pasada la crisis, y habiéndose inaugurado gran parte de los establecimientos con internación, la solicitud del municipio para acreditar 30 camas y un nivel de complejidad IV realizada ante el Consejo Sanitario²³ a mediados del año 2004, dio lugar a una contrapropuesta de la Dirección de la Región Sanitaria V. Dicha contrapropuesta buscaba relacionar el aporte adicional de coparticipación que resultaría de la acreditación de las camas y del aumento de la complejidad al compromiso de realizar prestaciones a los hospitales de la subregión oeste de la región (José C. Paz, Pilar, Moreno, San Miguel y Malvinas Argentinas). Dado el incremento de camas y complejidad del que ya se había beneficiado en transferencias de coparticipación²⁴, el estudio técnico realizado por la Región Sanitaria V proponía condicionar la asignación del nivel de complejidad IV al compromiso del municipio de participar de la red prestacional de dicha subregión aportando las siguientes prestaciones: Neurocirugías, UTI con diálisis, UCO, Cirugía Cardiovascular de Adultos, Cirugía Cardiovascular Pediátrica, Hemodinamia, TAC, RMN, Medicina Nuclear y Ecodoppler.²⁵ En la propuesta, los municipios suscribirían un convenio comprometiéndose a que sus sistemas locales de salud funcionasen

²³ Se trata de espacios instituidos en la normativa de creación de las regiones sanitarias que data del año 1966, reformada en el año 2006. Son espacios regulares de encuentro de los directores de los hospitales provinciales y los secretarios de Salud de los municipios que forman parte de la región sanitaria; la dinámica de funcionamiento consiste en dos o tres encuentros anuales con contenido político-simbólico. En el caso de la Región Sanitaria V (donde está localizado el municipio de MA) se organizan encuentros de trabajo a nivel subregional. La acreditación de establecimientos (en camas y complejidad) es uno de los temas de agenda más estructurales de este espacio de articulación, en la medida en que es responsabilidad de sus miembros (con la asistencia técnica del equipo regional) la elaboración de los informes para la habilitación de los servicios. Se trata de una decisión relevante, ya que esta decisión define el 65% del monto que se pagará a cada municipio en concepto de coparticipación en salud. La orientación y la fortaleza de este espacio de articulación están estrechamente vinculadas al papel que asume la región sanitaria como instancia de desconcentración administrativa.

²⁴ Recuérdese que, conforme los criterios de distribución secundaria, los incrementos más significativos en la coparticipación en salud devienen del incremento de camas y del nivel de complejidad con el que acredita cada establecimiento.

²⁵ Región Sanitaria V, "Informe regional de altas y categorización de establecimientos de alta complejidad", junio 2004.

sobre la base de la atención primaria de la salud (incluida la reorganización de los CAPS bajo el criterio de “población a cargo”, la ampliación del horario de atención y la eliminación de las barreras a la accesibilidad, la jerarquización de centros de referencia y el establecimiento de un sistema de referencia y contrareferencia con los hospitales locales²⁶) y en el marco de lo establecido por el Plan Federal de Salud.

Las tensiones que rodearon el modelado de esta propuesta hicieron que fuera desestimada habilitándose el nivel de complejidad solicitado por el municipio de MA, a partir de lo cual las derivaciones se resolvieron por acuerdos bilaterales que no tuvieron como referente a la región. En el acto de presentación del Plan Provincial Invertir en Salud 2005, en el que estuvieron presentes el ministro de Salud de la Nación y de la Provincia, el intendente sostuvo:

“Esto ha hecho que trabajáramos duramente para recategorizar nuestros hospitales, de tres a cuatro. Y así fue, el ministro me escuchó, me escuchó el gobernador, sé que hubo un gran trabajo de ellos para lograr un equilibrio justo y para premiar a quienes trabajamos y a quienes habíamos invertido mucho en salud, que en el primer año fue de 7 millones, y para no hacerla muy larga, este año será de 46 millones de pesos”. (Periódico Aquilanoticia, 29/12/2006).

Según registro periodístico, posteriormente a las palabras del intendente municipal, el ministro de Salud provincial resaltó:

“... que la recategorización de 3 a 4 y lo que él decía, pasar de 7 millones de la coparticipación de salud a 46 millones, no es producto de la casualidad, no es ningún regalo, sino que es resultado del trabajo de la gente de Malvinas Argentinas y la respuesta de un gobernador que ha establecido un sistema de premios para los que trabajan y castigo para los que no lo hacen”. (Periódico Aquilanoticia, 29/12/2006).

Los debates e intercambios en torno a la recategorización de los establecimientos con internación de Malvinas Argentinas fueron cerrados con las palabras del gobernador:

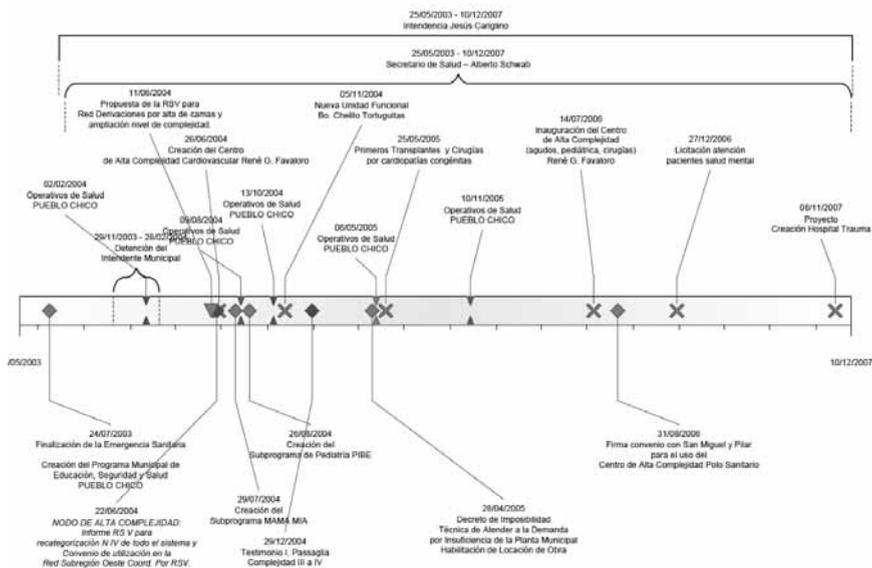
²⁶ Modelo de convenio propuesto por la Dirección de la Región Sanitaria V para viabilizar esta propuesta.

“... la salud seguirá siendo manejada en una fuerte articulación con los municipios, con una fuerte relación con los directores de los hospitales, sabiendo exactamente qué les pasa y cómo están cambiando las cosas (...) yo felicito tanto al “negro” Schwab (secretario de Salud municipal) como a todo su equipo de acá por lo que han hecho en Malvinas, los felicito especialmente. Decía Ramón Carrillo: que frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedad son unas pobres causas, las causas están siempre en los problemas de los hombres y esos problemas se corrigen desde la conducción y desde los gobiernos”. (Periódico *Aquilanoticia*, 29/12/2006).

La reconstrucción de este conflicto muestra la potencialidad del espacio regional para modelar acuerdos, como así también sus debilidades en la trama de las relaciones intergubernamentales entre la provincia y algunos municipios; y entre los municipios vecinos para sostenerlos. Las deficiencias de los mecanismos de registro y control potenciaron la discrecionalidad del actor municipal en un juego de fuerzas en el que logró maximizar sus intereses en función del desarrollo de sus apuestas. Como resultado más evidente, pasó a convertirse en el prestador de alta complejidad más importante de la región, con márgenes de autonomía suficientes para trascender no solo las fronteras de su territorio municipal sino también las del subsector público, posicionándose también con las obras sociales y el INSSJP/PAMI.

El carácter paradójico de la política local se expresa también en la particular gestión de los tiempos. Así como en el contexto de la crisis se avanzó en la ampliación de camas, la creación de establecimientos y el aumento de la complejidad, la salida de la crisis (y a contrapelo consciente de las recomendaciones en materia de política sanitaria) fue *el tiempo de la atención primaria*. Los registros hemerográficos y el relevamiento del Boletín Oficial Municipal muestran en el período 2003 a 2005 el desarrollo de una rutina de operativos de empadronamiento de beneficiarios del Programa Pueblo Chico. (Figura 4.3).

Figura 4.3: Hitos de la política de salud local y el contexto. Municipio de Malvinas Argentinas, 2003/2007



Fuente: elaboración propia. ICO/UNGS. (Chiara, 2009).

Declarando en su artículo primero la finalización de la emergencia sanitaria municipal, la ordenanza 622 del año 2003 creó el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud ‘Pueblo Chico’ cuya finalidad era:

“Permitir al habitante de Malvinas Argentinas acceder libremente a todos los niveles de complejidad de los efectores públicos del sistema de salud municipal, tomando como punto de partida al médico de familia, constituido en el verdadero eje del sistema”, y “Centralizar la prevención a partir de la educación de la propia comunidad con las características inherentes a cada zona geográfica del municipio”. (Ordenanza Municipal 622/2003).

Estas iniciativas se desarrollaron a partir del año 2003 en los 36 centros de salud que se denominaban Unidades Funcionales (UF) y que iban a articular, en torno a las prestaciones de salud, acciones de desarrollo social y también de seguridad; se trataba de 10 centros más que los que había en el año 2001. Cabe destacar que estas iniciativas conviven con la inauguración de nuevos establecimientos y la adquisición de complejos equipamientos para diagnóstico, cirugías y tratamiento.

La secuencia alta complejidad primero, atención primaria después es justificada por los funcionarios municipales desde una lógica que salió a buscar la demanda recién cuando estuvieron dadas las condiciones para poder garantizar el tránsito en el sistema. Desde la mirada de un alto funcionario municipal se explica así:

“Nosotros fuimos creciendo esos seis primeros años en segundo nivel y en alta complejidad, cuando nos preparamos y pudimos empezar a dar respuesta, ahí largamos fuerte la atención primaria”. (Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007).

Aun teniendo en cuenta las limitaciones que supone caracterizar los cambios desde indicadores cuantitativos, la dotación de los establecimientos del primer nivel del municipio de MA está algo por encima del promedio regional: mientras que en los partidos del GBA en el año 2007 existía un CAPS cada 9.500 habitantes, en el municipio de MA cada Unidad Funcional del Programa Pueblo Chico cubría en promedio 8.900 habitantes; estos valores representan una mejora en la dotación de establecimientos respecto al año 2001, cuando existía un centro de salud cada 11.300 habitantes. Aun cuando las comparaciones deban realizarse en relación con la cantidad de horas por especialidad, esta aproximación resulta útil para dar cuenta de la variación relativa de establecimientos en el período analizado.

Cuadro 4.2: Consultas y establecimientos sin internación, subsector público, Malvinas Argentinas, 2001 y 2007

	2001	2007	Variación
Consultas ambulatorias	940.011	1.866.056	98,51%
Consultas odontológicas	104.185	158.815	52,44%
Total consultas	1.044.196	2.024.871	93,92%
Cantidad de centros de salud municipales sin internación	26	36	38,46%

Fuente: elaboración propia según datos de la Guía de Establecimientos Asistenciales, 2001 y 2007 y los Rendimientos de Establecimientos con y sin Internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional, Prov. de Bs. As., 2001 y 2007, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (Chiara, 2009).

Con un ritmo levemente inferior al que pudo advertirse en el incremento de camas y de egresos, crecen también las consultas ambulatorias en casi un 100%

y bastante menos las odontológicas. Si bien se trata de prácticas realizadas tanto en el primero como en el segundo nivel, desde el año de creación del Programa Pueblo Chico el porcentaje de consultas del primer nivel pasó del 50,6% en el año 2004, al 78,4% en el año 2007.²⁷

La reconstrucción realizada hasta aquí encuentra otros matices si se indaga en los servicios que prestan efectivamente los establecimientos de salud. Los establecimientos del segundo nivel de atención contaban en el 2007 con la totalidad de las especialidades médicas, odontología, oftalmología y salud mental en consultorios externos. En los últimos años del período analizado y en paralelo con el desarrollo del primer nivel de atención, se fue consolidando el liderazgo, en distintos campos, en cirugías, asociado a la incorporación de equipamiento de alta complejidad (vía adquisiciones o a través de contrataciones de equipos profesionales con el equipamiento).²⁸

Las nuevas iniciativas conviven con cambios casi permanentes que suponen replanteos de su organización, tendiendo a la optimización de su uso; nos referimos a la concentración de servicios de diagnóstico, la derivación de las personas con enfermedades crónicas a establecimientos municipales pero de menor complejidad, la creación de hospitales de día y a la creación de un hospital domiciliario.

Con relación al primer nivel de atención, los datos relevados por la Región Sanitaria V entre los meses de mayo y julio de 2007, permiten caracterizar la oferta de prestaciones desde una fuente confiable, como son los Formularios de Declaración Obligatoria de Consultas. Estos datos fueron indagados con relación a la cobertura de las especialidades básicas de la atención primaria de la salud (ginecología o tocoginecología, pediatría, clínica médica o medicina general) y la existencia de otro tipo de especialidades. Sobre 32 efectores, 26 establecimientos (el 81%) no contaban con todas las especialidades básicas; cabe destacar que se trata de valores que están bastante por debajo del 37,7% que es el promedio para los seis municipios relevados de la Región V²⁹. Solo 6 establecimientos (el 14,3%) contaban entonces con las especialidades básicas, obstetricia, otras especialidades médicas y paramédicas.³⁰ Atenuando estas bre-

²⁷ Datos recuperados del Tablero de Mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 30/07/10. <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/>

²⁸ Entrevista a un funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, marzo de 2010.

²⁹ Se trata de los municipios de San Fernando, Tigre, Malvinas Argentinas, Moreno, San Miguel y José C. Paz.

³⁰ Cabe aclarar que estos datos corresponden al año 2007 y refieren a la oferta, mientras que en el capítulo 6 el análisis de la encuesta a los hogares remite a la demanda.

chas, debe considerarse que, en la gestión local de Malvinas, la figura del médico de familia puede estar resolviendo prestaciones de obstetricia y de pediatría.

A la fotografía de las especialidades hay que sumarle la implementación, a través de esta estructura, de programas verticales tales como el materno infantil, de lactancia materna, PRODIABA, TBC, HIV/SIDA. Asimismo, existen dos programas en los que se articula la entrega de alimentos con la atención de la salud; hacemos referencia al Programa de Desnutrición Municipal (FAMI-PRO) y al Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF).

La apuesta por asociar la capacidad de llegada de los efectores del primer nivel de atención a la política de seguridad es conceptualizada en el discurso municipal desde la definición de salud de la OMS e incluida en el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud ‘Pueblo Chico’³¹. Esta iniciativa consiste en colocar en cada Unidad Funcional u hospital un buzón para que los vecinos realicen denuncias sobre venta de estupefacientes, cobro de coimas, robos, existencia de desarmaderos de autos, etc. Esta asociación de la seguridad a la salud es expresión de un paradigma que busca aprovechar las relaciones de proximidad que se construyen en la atención organizando mecanismos de control social en la escena barrial; aun advirtiendo acerca de su significado, cabe interrogarse sobre cuánto y cómo esta iniciativa refracta en el nivel de los efectores del primer nivel, aspecto abordado por el componente de microimplementación de esta investigación.³²

Un dato a destacar de la gestión de las UF es que hasta 2006 la coordinación estuvo a cargo de trabajadoras sociales y, en el último año, comenzaron a incorporarse a la función, en algunos casos, profesionales médicos.

A pesar de la apuesta por desarrollar una mayor dotación del sistema, no se encuentran en MA dispositivos orientados a la mejora de la accesibilidad que pusieron en práctica los municipios de la región. No se dispone de un sistema de *turnos programados* para acceder a las consultas en el primer nivel, mientras que las consultas en el segundo nivel son concertadas, según testimonios de sus funcionarios, desde las UF por el personal administrativo de los centros.³³

Otro dispositivo de accesibilidad desarrollado por una parte importante de los municipios de la región es el *servicio municipal de emergencias médicas*

³¹ Según la entrevista realizada a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, el nombre de “Pueblo Chico” refiere al dicho “*pueblo chico, infierno grande*”. (Septiembre de 2007).

³² Ver capítulo 6.

³³ Entrevista a funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, septiembre de 2007. En el capítulo 6 de este libro se pone el foco en la microimplementación del nivel de los servicios.

y traslados. Si bien el municipio dispone de ambulancias, el sistema de salud de MA no ofrece este tipo de servicio que, sin embargo, existía en aquellos años en otros municipios del GBA, como San Isidro, San Fernando, Morón, Florencio Varela y Quilmes.

IV. El acceso como problema de la atención en el diseño de la política local

En la salida de la crisis y expresando procesos inversos a los sufridos por el resto de las instituciones públicas de salud, la política sanitaria municipal logra hacerse de los recursos necesarios (tanto en camas como en complejidad) para alcanzar altos niveles de autonomía.

Aunque se trata de un rasgo que se esbozaba en sus inicios, consolidados estos recursos aparece con más énfasis otro perfil de beneficiario. A la población residente en MA se suma un beneficiario de distinto tipo; se trata de población que, aunque residente en otros partidos, está afiliada al sistema de obras sociales sindicales y al INSSJP/PAMI o que dispone de seguros de salud privados. El cambio en las condiciones de contratación del INSSJP/PAMI³⁴ es aprovechado desde el municipio especialmente en las prestaciones de los establecimientos del segundo nivel.³⁵

Aunque no se dispone de datos sobre el porcentaje de la estructura que es ocupada por la población residente en el partido, las entrevistas realizadas con los funcionarios municipales responsables hablan de alrededor del 40% de esa dotación utilizada en el año 2007 por población no residente pero que posee algún tipo de cobertura³⁶, en particular población cubierta por el INSSJP/PAMI.

El encuadre para uno y otro tipo de beneficiario discurre por marcos institucionales diferentes, aunque siempre asumiendo –de manera explícita– que en el sistema público existen reglas de juego suficientes para que, en palabras de un alto funcionario de la Secretaría de Salud municipal, no existan indigentes, es decir, que todas las prestaciones que se realizan puedan tener (al menos) una fuente de financiamiento:

³⁴ A propósito de este cambio de contexto, ver capítulo 3.

³⁵ En un medio de prensa se alude a una particular relación con la UGL de San Martín por la cual los afiliados residentes en San Martín, José C. Paz, Tres de Febrero, San Fernando y Malvinas Argentinas se derivan a los establecimientos de Malvinas Argentinas en los últimos años del período analizado (*La Política On Line*, 4/11/2009).

³⁶ Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007.

“La Ley de Coparticipación dice: más hago y más servicios doy, más te pago. La de Autogestión dice: todo paciente con obra social o prepaga te lo pago. Y la Cooperadora dice: todo aquel que quiera aportar un bono está en su justo derecho. Entonces, ¿cuál es el indigente? Desde el punto de vista económico es aquel que no tiene nada. Bien... en el nivel público, no hay. Porque no existe, si todos pagan, en algunos casos doble”. (Entrevista a funcionario de la Secretaría de Salud, agosto de 2007).

Para la población residente, la definición de las condiciones de incorporación y tránsito dentro del sistema están reguladas desde el año 2003 por el Programa Pueblo Chico, cuyo propósito es garantizar el acceso a todos los niveles de complejidad; integra también al servicio de médico de familia, en funcionamiento tres años antes en consultorios particulares. Cabe destacar que este antecedente introducía dos innovaciones respecto de los modelos de gestión generalizados en la región: por una parte, la incorporación del pago per cápita en el primer nivel y la participación de los profesionales en los ingresos derivados de las obras sociales sindicales (aspecto sumamente cuestionado por los actores gremiales), y, por otra, la habilitación de consultorios particulares bajo el principio de población a cargo en la órbita municipal.

Con un segundo nivel más consolidado, el Programa Pueblo Chico recupera la existente figura del médico de familia en el primer nivel de atención como puerta de entrada y organizador del tránsito de la población en el sistema. En los meses posteriores a la crisis, una importante cantidad de operativos de empadronamiento fueron publicados en la prensa local³⁷ y dan cuenta del interés del municipio por captar población, encuadrar la demanda a través de las UF y ordenar su posterior tránsito por el sistema; el único requisito para incorporarse en el programa era poseer Documento Nacional de Identidad. Cabe destacar que esta iniciativa coincide con la implementación en el Gran Buenos Aires del Programa Remediar, que condicionaba la distribución de los botiquines en los denominados CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) a la gratuidad de las consultas, proceso que era monitoreado por operadores de la Cruz Roja y Cáritas. Aunque los impactos de este programa fueron desestimados por los funcionarios municipales en los años posteriores a la crisis, los datos disponibles hablan de un programa que pasó de entregar 609 botiquines en el año 2003 a 1492 en el año 2007.³⁸

³⁷ Periódico *Aquilanoticia*.

³⁸ Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar, botiquines entregados efectivamente.

La tradición de arancelamiento forjada en los primeros años de la gestión de salud de MA se fue diluyendo, dando paso a la recuperación de facturación por parte de las obras sociales sindicales y INSSJP/PAMI. La encuesta de púerperas realizada periódicamente por la Región Sanitaria V mostró niveles de arancelamiento en el control de embarazo que descendían, siempre sin contar la realización de ecografía.³⁹

Según este programa, el médico de familia es el responsable de evaluar consultas por sí mismo o bien determinar la necesidad de realizar estudios complementarios, interconsultas con especialistas o proceder a la atención programada. Ejerce una función clave como puerta de entrada al sistema a partir de su capacidad para emitir una “orden de prestación de libre accesibilidad”, la cual permitirá realizar la prestación solicitada en cualquiera de los hospitales y servicios del municipio.

Los grupos materno-infantiles son los beneficiarios privilegiados del Programa Pueblo Chico: el Subprograma de Pediatría (PIBE)⁴⁰, que atiende a niños de entre 30 días y 14 años, y el Subprograma de Salud Materno Infantil (Mamá Mía)⁴¹, orientado a la salud de las embarazadas y el recién nacido. Estos subprogramas definen la población a la cual asegurar la atención global y gratuita, el perfil de los profesionales que estarán a cargo y los estudios e interconsultas obligatorias según necesidades del grupo etario. Cabe destacar que el programa alcanza la atención y las prestaciones desarrolladas en los centros de salud, hospitales y consultorios particulares.

El segundo grupo de beneficiarios del sistema (y a juicio de sus responsables cada vez más numeroso) es la población no residente, cuyo acceso está condicionado, en la mayoría de los casos, a la disponibilidad de alguna cobertura de salud. Existen también algunos convenios celebrados con el Ministerio de Salud de la Provincia, de la Nación o bien con otros municipios a través de los que se resuelven las derivaciones de población sin cobertura.

El encuadre a través del cual accede la población no residente se basa en el siguiente marco institucional:

- a. La figura del Hospital Público de Gestión Descentralizada, en la que se encuadran los establecimientos de MA, que habilita a celebrar convenios con las obras sociales sindicales incluidas en la LN 23.660, a cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras

³⁹ Como se verá en el capítulo 6, los datos relevados en el marco de esta investigación, aunque generales, muestran también el carácter residual del arancelamiento en el primer nivel.

⁴⁰ Ordenanza Municipal 737/04.

⁴¹ Ordenanza Municipal 732/04.

sociales sindicales, mutuales y empresas de medicina prepaga, y a integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados.⁴²

- b. Complementariamente, la Asociación Cooperadora de Salud Malvinas Argentinas (que unificó la acción de las existentes en los hospitales y en los centros de salud a través del Decreto Municipal 235/98) permite cobrar un bono contribución a aquella demanda sin cobertura de obra social que no reside en el partido de MA.

Así definidos los beneficiarios, existiría una diferenciación –al menos en el diseño de la política– en los modos como se buscaba organizar el tránsito dentro del sistema, en particular, con relación a las derivaciones en complejidad, diagnóstico y tratamiento.

- a. La población sin cobertura de algún seguro residente en el partido debería ingresar al sistema a través del médico de familia, responsable de derivar a los usuarios para las interconsultas y los estudios de diagnóstico normatizados. En estos casos, el empadronamiento parece ser –siempre en el diseño de la política– una condición para la atención y las interconsultas con los especialistas del segundo nivel, las que deberían ser coordinadas desde los centros de salud.⁴³
- b. Por otra parte, la población que dispone de alguna cobertura de salud (INSSJP/PAMI u obras sociales sindicales, resida o no en el partido) podría transitar por el sistema sin pasar por aquella puerta de entrada, con las limitaciones propias de su cobertura de salud y abriendo la posibilidad de recupero de parte del municipio a través de los marcos regulatorios antes mencionados.

Aunque se trata de orientaciones esbozadas en los instrumentos y destacadas en el discurso de los funcionarios municipales, el estudio en el nivel de la microimplementación puso en cuestión la capacidad que tienen estos lineamientos de configurarse en reglas de juego efectivas que coadyuven a la construcción de niveles diferenciales de acceso.⁴⁴

⁴² Según lo instituido por el Decreto Nacional 578/1993 (Régimen de Hospital Público de Autogestión), modificado en el año 2000 por el DN 939.

⁴³ En el capítulo 6, el análisis de la microimplementación nos muestra algunos matices acerca de las rutinas de derivación así como la aparición de otros actores en la articulación con el segundo nivel.

⁴⁴ Ver capítulo 6.

V. Las condiciones de la gestión y del financiamiento

Aunque las características de un modelo de salud se juegan en el plano de la atención, resulta necesario entender los rasgos que, en la gestión y el financiamiento, explican su sostenibilidad.

En el *plano de la gestión* de la política sanitaria de MA es donde se encuentra la mayor cantidad de iniciativas. Tal como hemos planteado en el inicio, las características del entramado de actores, la capacidad de adaptación al contexto y la flexibilidad como atributo de capacidad estatal (Repetto, 2004) explican la dinámica de la política en el nivel macroinstitucional, abriendo algunos interrogantes acerca de si estas dinámicas se trasladan a la microimplementación de los centros de salud y de qué modo.

La flexibilización de las formas de contratación de recursos humanos es, a juicio de los actores gremiales⁴⁵, el rasgo diferenciador de la política local en Malvinas Argentinas. En primer lugar, a la modalidad tradicional de incorporación de los profesionales en salud, correspondiente a la Carrera Médico Hospitalaria LP 10.471⁴⁶ en la que permanece apenas un 20%⁴⁷ de la estructura de personal, se sumaron –progresiva pero sostenidamente– otras formas más flexibles, asociadas a la productividad del sistema y, por ende, al flujo del financiamiento. Se trata de locaciones de obra de profesionales por módulos de atención en las UF como monotributistas que, en el caso del primer nivel, incluyen cantidad de prestaciones y talleres; en los primeros tiempos, esta modalidad afectó solo a los profesionales médicos y, posteriormente, fue incorporando al personal de enfermería. Es importante reiterar que esta asociación de las modalidades de contratación a la productividad busca aprovechar las condiciones del contexto (en particular aquellas derivadas de los criterios de distribución de la coparticipación y la posibilidad de facturar a obras sociales y al INSSJP/PAMI), produciendo mejoras en el financiamiento del sector (Chiara y Di Virgilio, 2009)⁴⁸; en palabras de un alto funcionario municipal: “Más hago, más cobro”.⁴⁹ Estas

⁴⁵ Entrevista a dirigente de la CICOP, agosto de 2008.

⁴⁶ <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10471.html>.

⁴⁷ Dadas las dificultades para acceder a nóminas de personal según modalidad de contratación, se consignan los valores vertidos por los funcionarios en las entrevistas (alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007, y funcionario del área de Contrataciones, marzo de 2010).

⁴⁸ Ver capítulo 3 de este libro.

⁴⁹ Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007.

formas de contratación se han combinado en muchos casos con las becas del Programa Médicos Comunitarios, haciéndolas jugar como recurso en el contexto de la estrategia local.

En segundo lugar, y asociadas a servicios más específicos del segundo nivel, se adoptan otras modalidades –habitualmente utilizadas en el sector privado– que suponen convocatorias a distintas licitaciones públicas, que pueden incluir también la provisión de equipamiento.⁵⁰

En tercer lugar, el desarrollo de la oferta de instancias de formación (en acuerdo con universidades) ha generalizado la incorporación de becarios residentes en los distintos niveles de servicios, tanto de profesionales médicos como en enfermería.

Desde sus mentores, existiría una asociación necesaria entre alta complejidad y modelo de contratación:

“Cuando se trae calidad y mucha complejidad, los médicos por \$570 no quieren venir y es lógico porque una cirugía cardíaca, por ejemplo, se abona \$10.000 de honorarios médicos. Entonces, Malvinas Argentinas tiene mucha complejidad y muchísima calidad, tiene un modelo de contratación por honorarios, esto significa que si un profesional atiende a un paciente y lo opera, cobra por ese paciente. Como sucede en el Hospital Italiano, La Fundación Favalaro, o tantas otras instituciones”. (Testimonio del secretario de Salud en *Aquilanoticia*, 30/01/2003).

La utilización de las modalidades de contratación por locación de obra se habilita a mayor escala, posteriormente, a partir de la declaración –en octubre de 2005– de la imposibilidad técnica de atender a la demanda de prestaciones de salud (Decreto Municipal 4.708/05) por parte de la planta municipal, por carecer de profesionales (a juzgar por la enunciación de sus Anexos I y II) en la totalidad de las especialidades médicas.⁵¹ Aunque se trata de un recurso institucional disponible para la administración pública, la posibilidad de utilizarlo con este fin y una vez consolidado el crecimiento en cantidad de camas y complejidad, da cuenta de una importante capacidad de disciplinamiento del

⁵⁰ En el relevamiento legislativo se encontraron llamados a licitación para contratación de servicios para atención de enfermos crónicos, de salud mental y adicciones (Decreto Municipal 3.927/06; 3.929/06 y 69/07); un alto funcionario de la Secretaría de Salud aludió a la contratación para la realización de cirugías (18/9/07).

⁵¹ Se trata de la utilización del recurso habilitado por el artículo 148 de la Ley Orgánica de las Municipalidades.

entramado de actores, en particular de los gremios, ya que no se advierten en la prensa registro de conflictos.

Aunque no se pudo acceder a información confiable sobre la dotación de personal en sus distintas modalidades, la reconstrucción realizada del presupuesto municipal muestra (como una aproximación a ese dato) un descenso en la participación de gasto en personal con relación al presupuesto total de salud (de alrededor del 40% en el año 2001 al 23% en el año 2007); cabe destacar que más de la mitad de aquel porcentaje del año 2007 se gasta en pago de los residentes. Esa disminución parece haber sido absorbida en el incremento de las partidas en concepto de contrataciones de servicios de equipos profesionales para el segundo nivel, que pasó de ser el 28% del gasto en la finalidad salud al 59,33%. (Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3: Cambios en la estructura de gasto de personal en sus distintas modalidades, Malvinas Argentinas, 2001/2007

	2001	2007
% Gasto en personal/Total gasto finalidad salud	39,61%	23,17%
% Becariados/Total personal salud	31,13%	56,49%
% Honorarios y retribuciones a terceros/Total bienes y servicios	54,80%	79,64%
% Honorarios y retribuciones a terceros/Total gasto salud	28,07%	59,33%

Fuente: elaboración propia según presupuestos de gasto municipales. (Chiara, 2009).

La flexibilidad de la política local para generar iniciativas se evidencia también en el replanteo permanente de su organización, tendiendo a optimizar el uso de los recursos; la creación de establecimientos y servicios, los cambios permanentes en su organización y sus consecuencias en la reasignación de tareas al personal, ponen en evidencia que –a lo largo del tiempo– el municipio fue adquiriendo márgenes de gobernabilidad cada vez más altos, en particular con relación a los trabajadores del sector.

Las modalidades adoptadas para la incorporación de recursos profesionales en salud (y en algunos casos en la incorporación de equipamiento de tratamiento y diagnóstico asociado) otorgan al sistema gran capacidad de adaptación a las condiciones del contexto, en particular aquellas que supone incorporar nuevas formas de *financiamiento*.

El sistema de salud en MA se financia básicamente por dos fuentes: la presupuestaria (que incluye los recursos que reciben por coparticipación de la provincia hacia los municipios) y las transferencias en concepto de convenios con las obras sociales sindicales y el INSSJP/PAMI.

La apuesta por el desarrollo del segundo nivel y el aumento de los niveles de complejidad fue funcional a la captación de recursos a través de la coparticipación en su componente salud. Tal como se ha presentado precedentemente⁵², los criterios adoptados por el sistema de distribución secundaria de la coparticipación desde 1987 se calculan por la dotación de estructura sanitaria y por la producción del sistema. En consecuencia, el desarrollo del segundo nivel de atención (medido en cantidad de camas) y, muy especialmente, los niveles de complejidad, definen el volumen de recursos a transferir; según su reglamentación, el perfil de complejidad de un municipio está dado por la complejidad máxima existente, impactando de manera directa en el aumento de los valores a transferir por la totalidad de las camas municipales (sean estas agudas o crónicas); estas condiciones explican el carácter estratégico que tuvo para el municipio de Malvinas Argentinas la acreditación de camas y, en un segundo momento, el incremento en el nivel de complejidad, conflicto cuyo derrotero reconstruimos más arriba.⁵³ Como resultado de este avance, el municipio pasó de financiar, a través de las transferencias en coparticipación, el 54,83% del presupuesto total de la finalidad salud en el año 2001 a alcanzar el 94,40% en el año 2007; sobre un presupuesto municipal que creció desde el año de la crisis un 151% a valores constantes, las transferencias en ese concepto se multiplicaron algo más de cinco veces.⁵⁴ (Cuadro 4.4).

⁵² Ver capítulo 3 de este libro.

⁵³ Ver sección III de este capítulo.

⁵⁴ Cabe destacar que a lo largo del período analizado, el presupuesto asignado en concepto de atención del primer nivel y medicina preventiva mantiene estable un 9% del presupuesto asignado a salud.

Cuadro 4.4: Financiamiento por fuente, Malvinas Argentinas, 2001/2007

	2001	2007	Variación
Gastos totales presupuesto MA	67.110.000	168.900.000	151,68%
Total finalidad salud presupuesto MA	16.080.000	60.000.000	273,13%
% de gasto finalidad salud/gasto total	23,96%	35,52%	
Gasto total salud en concepto de atención centros de primer nivel y medicina preventiva	1.760.000	5.586.500	217,41%
% en concepto de atención centros de primer nivel y medicina preventiva/gasto total salud	10,95%	9,31%	
Ingresos de Obra Social (OS)	5.000.000	15.000.000	200,00%
Cobertura del total del gasto por los aportes de OS	31,09%	25,00%	
Transferencias en concepto de coparticipación salud (UAES)	8.816.091	56.637.409	542,43%
Cobertura del total del gasto en salud por los aportes de coparticipación en salud	54,83%	94,40%	

Fuente: elaboración propia según ordenanzas municipales y UAES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Según los datos del presupuesto municipal, los ingresos captados de las obras sociales (no se aclara si incluye al INSSJP/PAMI) son menores, aportando un financiamiento de alrededor del 25% del total del presupuesto municipal, que pasó de 5 millones en el año de la crisis a 15 millones en el año 2007. (Cuadro 4.4).

Adicionalmente, la Asociación Cooperadora Malvinas Salud gestiona por fuera del presupuesto los aranceles cobrados en concepto de bono contribución así como algunas transferencias realizadas desde el propio municipio. Según testimonios de funcionarios del municipio, aportaría alrededor del 5% del presupuesto municipal.

A esas fuentes de financiamiento deberían sumarse otras que aparecen en los testimonios pero que no encuentran correlato en el presupuesto municipal. Se trata de convenios celebrados con el Ministerio de Salud de la Provincia de

Buenos Aires para resolver derivaciones, y otros con el Ministerio de Salud de la Nación para patologías específicas. Asimismo, cabe destacar la existencia de testimonios de distintos funcionarios acerca de convenios para facturar a los municipios de la región por prestaciones realizadas a personas que, sin disponer de cobertura, residen en los partidos vecinos.

Como puede advertirse, los porcentajes cubiertos por una y otra fuente dibujan un mapa que, al menos para salud, resulta superavitarario.

VI. Una relectura del caso Malvinas Argentinas

El análisis realizado en este capítulo nos permite regresar ahora a las preguntas de la investigación, pasando en limpio las reflexiones y buscando abonar a una mejor comprensión de los caminos de la descentralización en el Gran Buenos Aires.

Del recorrido realizado en este caso, y volviendo a nuestra pregunta en torno a los márgenes de autonomía que va construyéndose en la arena local y a los principios en torno a los cuales se organiza la política sanitaria, vale destacar algunos aspectos relevantes.

Sin lugar a dudas, y proponiendo una lectura cruzada con el análisis del régimen de implementación⁵⁵, el caso MA muestra que las condiciones del contexto dibujaron un escenario propicio para el desarrollo de esta experiencia, aunque –anticipamos– no constituyen (per se) los factores determinantes. Diferentes procesos del contexto supralocal configuran este escenario en el que vale la pena detenerse.

La descentralización del primer nivel de atención hacia los municipios a mediados de la década de los noventa fue realizada (entre otros problemas) sin definir un modelo prestacional, esquema que debería comprender (en principio) la precisión acerca del alcance de las prestaciones que el Estado garantizaría a todos los habitantes de la provincia, la institucionalización de las responsabilidades según los distintos niveles jurisdiccionales y, por último, aunque no de manera exhaustiva, los criterios de coordinación de la atención entre niveles y jurisdicciones. Esta debilidad en el plano institucional se vio atravesada por un contexto histórico muy adverso que supuso el incremento de la demanda hacia los efectores del subsector público y el concurrente deterioro de los servicios, tanto en términos de sus recursos como de su propia institucionalidad bajo formas de mercantilización.

⁵⁵ Ver capítulo 3 de este libro.

Esta compleja situación se vio potenciada en la provincia de Buenos Aires por los incentivos implícitos en el régimen de coparticipación, que estimulaban desde sus coeficientes de distribución el desarrollo del segundo nivel y de la alta complejidad. Ya en la salida de la crisis 2001/3, el escenario se vio reforzado por otro factor externo: la apertura de los hospitales públicos a formar parte de la red de prestadores del INSSJP/PAMI.

Estos procesos dibujan, desde la perspectiva local, un escenario caracterizado por:

1. la labilidad de su institucionalidad;
2. la indefinición de las responsabilidades de cada nivel (en el plano del cómo) y de las prestaciones a garantizar (el para qué o el qué de la política sanitaria);
3. la existencia de claros incentivos de parte de las reglas de juego del financiamiento provincial (y posteriormente desde la reforma del INSSJP/PAMI) hacia la inversión en alta complejidad; y, por último,
4. un significativo debilitamiento de la arena provincial, escenario ineludible para la articulación de servicios y para garantizar la continuidad en la atención.

El escenario así configurado abre márgenes para la construcción de autonomía en el desarrollo de este particular sistema sanitario.

Sin embargo, esta caracterización no es suficiente para explicar la conformación del denominado Modelo Malvinas y menos aún la importancia que terminó teniendo para la región.

En esta línea de argumentación, resulta necesario regresar a las condiciones de la arena local. Dando cuenta de altos márgenes de autonomía, el caso analizado pone particularmente en evidencia la relevancia que tiene un entramado de actores de muy reciente conformación (a raíz de la división del municipio en el año 1995), la centralidad de la figura del secretario de Salud municipal y la complejidad de las relaciones e intereses (tanto de los actores gubernamentales locales y supralocales como del sector privado) que se pusieron en juego en la arena local.

En ese contexto, la política sanitaria local está fuertemente condicionada por atributos inherentes a un particular entramado de actores.

En cada una de las coyunturas, la política local deja traslucir una importante capacidad para leer las condiciones del contexto y para diseñar respuestas capaces de aprovechar sus externalidades en la arena local. Esa habilidad para interpretar el contexto y adaptar las respuestas a esas nuevas condiciones, parece posible

por la existencia de un entramado de actores acotado –casi exclusivamente– a la Secretaría de Salud. El análisis realizado en este capítulo pone en evidencia que este atributo del entramado no fue azaroso sino, por el contrario, parte de la construcción de las condiciones que hicieron posible la existencia de un sistema de salud local con estas características.

Aun en contra de las orientaciones en materia de política sanitaria (expresada en la jerarquización del segundo nivel y la alta complejidad bajo la órbita municipal) y adoptando modalidades flexibles de contratación del recurso humano que mantiene vigentes las nociones más caras al paradigma de la década de los noventa, la política sanitaria en este municipio presenta iniciativas que alcanzan:

- a. una importante autonomía en la capacidad para ampliar los servicios de salud (reproduciendo el sentido común hospitalocéntrico);
- b. altos niveles de optimización de los recursos externos (tanto derivados de la coparticipación como del propio sistema de seguridad social, obras sociales e INSSJP/PAMI); y, por último,
- c. una autonomía que –desde el ámbito de lo sectorial– se traslada al ámbito político partidario, tanto en la relación con los demás jefes comunales de la región como también hacia los niveles supralocales (nación y provincia).

En este contexto, la crisis 2001/3 merece una referencia especial. Un rasgo que llama la atención del recorrido realizado por el municipio, remite a la agenda que se jerarquiza en los tiempos de crisis. Contrariamente a las orientaciones de política sanitaria o a las decisiones tomadas por otros municipios y por el ministerio nacional y también provincial, el período de vigencia de la “emergencia sanitaria municipal” coincide con la creación de establecimientos con internación y de alta complejidad; al tiempo que su finalización coincide con el lanzamiento de la principal estrategia de atención primaria, el Programa Pueblo Chico. La “crisis como oportunidad” es desde donde explican sus principales actores esta contradicción.

Sin embargo, en función de las reflexiones anteriores, podríamos ensayar algunas líneas de interpretación que pueden ayudar a dotar de contenido a esta noción. La limitada capacidad de control y regulación de parte de una provincia devastada por la crisis, la debilidad y posterior inexistencia de otros actores en el sistema (el desplazamiento del actor gremial es un ejemplo contundente), la crisis del propio mercado de trabajo en el sector (derivado de la debacle de las obras sociales y de las clínicas privadas) como facilitador para la utilización masiva

de mecanismos precarios de contratación de profesionales y tercerización de servicios, son algunos de los factores que configuran esta peculiar oportunidad.

El modelado del sistema de salud local da cuenta de un derrotero que buscó construir legitimidad –incluso por fuera de sus fronteras– desde una particular racionalización basada en el financiamiento como organizador de la política.

A pocos años de la salida de la crisis, la decisión de “saltar las fronteras” del municipio se entiende en el contexto de un emprendimiento que alcanzó un desarrollo en complejidad y dotación de camas que superó las necesidades de la población local. La captación de beneficiarios con cobertura –aunque no residentes en el partido– es una derivación que redundó en el acceso a fuentes complementarias de financiamiento, esta vez de la seguridad social, tanto de las obras sociales sindicales como del propio INSSJP/PAMI.

Por último, cabe una referencia a la direccionalidad de los procesos de descentralización y a la institucionalidad que este proceso construyó. Una de las fortalezas de la política local consiste en haber ido configurando, en el marco de las restricciones e incentivos que las condiciones supralocales impusieron a la dinámica de la política local, su propia institucionalidad. Aun sin modificar las condiciones supralocales y con una baja formalización de estas transformaciones, las decisiones que fueron tomándose desde la política local generaron un nodo local desde el cual –en particular en los contextos de crisis– invertir la dinámica política que parece caracterizar a los procesos de descentralización, condicionando –en este caso– “hacia arriba” y “horizontalmente” una parte de las decisiones de los actores del sector. Un cambio del contexto en el sentido de una reforma profunda de la organización del sector en la provincia, pondría a prueba su fortaleza y, también, su legitimidad.

Bibliografía

- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009) “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas”. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M. (comp.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M. (2009) “Reconstrucción del caso Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires y Nación”. Mimeo.
- Cravino, C. (2007) “La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del estado. Los casos de los municipios de San Miguel, Malvinas Argentinas y José C. Paz”. En: Chiara, M.; Cravino, C.; Catenazzi, C.

- y Di Virgilio, M., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*, serie Informes de Investigación, n.º 9, UNGS, Buenos Aires.
- García, V. (2009) *Asociación de Profesionales de la Salud (CICOP): una aproximación a la memoria histórica*. Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.
- González García, G. (2001) “Las reformas sanitarias y los modelos de gestión”. En: *Revista Panamericana de la Salud /Pan Am J. Public Health*, n.º 9 (6).
- INDEC (2005) *¿Qué es el Gran Buenos Aires?*
- Jordana, J. (1994) “El análisis de los *policy networks*: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?”. En: *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 2 (3).
- Montecinos, E. (2005) “Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática”. En: *Revista EURE*, Vol. XXXI, n.º 93.
- Repetto, F. (2004) *Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina*. Documentos de Trabajo del INDES. Departamento de Integración y Programas Regionales. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. BID, julio. Serie Documentos de Trabajo, p.15.
- Tobar, F. (2000) *Herramientas para el análisis del sector salud*. Buenos Aires. Mimeo.
- Tobar, F. (2006) *Descentralización en salud en América Latina*. Mimeo.

Capítulo 5

La política sanitaria en San Fernando, una apuesta por consolidar el primer nivel de atención

María Mercedes Di Virgilio (IGG/FCS-UBA)

Presentación

La crisis que atravesó la Argentina durante los años 2001 y 2003 planteó, entre otras cuestiones, serios desafíos en términos de demandas sociales por parte de la ciudadanía. Debido a su mayor cercanía con los miembros de la sociedad local y sus representantes, fueron los gobiernos locales los que receptaron esas demandas y debieron darle un tratamiento acorde. Sin lugar a dudas, este proceso dio lugar a un nuevo escenario para los municipios.

Uno de los interrogantes que ha guiado nuestro análisis se orientó a indagar acerca de los principios organizadores de la política local en el plano de la atención, gestión y financiamiento. También, hemos querido detectar cuáles son los márgenes de autonomía que han tenido los municipios en la definición de su política sanitaria, en el contexto de los incentivos y las restricciones definidos por el contexto resultante de la descentralización, así como también la incidencia particular que ha tenido en este proceso la crisis 2001/03. Finalmente, nos ha interesado identificar si algún atributo diferencial local imprimió un sesgo particular en la atención de la salud en cada caso. La hipótesis principal que ha orientado el trabajo ha procurado dar cuenta de la política local entendida como una transacción entre las condiciones

(posibilidades y restricciones) contextuales y los atributos particulares de la arena local.

La lectura que en este capítulo se hace respecto de la política sanitaria del municipio de San Fernando toma como marco el concepto de “régimen de implementación”, en la medida en que permite aproximarnos a la relación entre el contexto macro y los procesos meso de la política local. Si bien éste fue desarrollado en extenso en capítulos anteriores, resulta fundamental retomar aquí brevemente sus elementos centrales. Entendemos al régimen de implementación (RI) como el conjunto de condiciones que desde distintas dimensiones organizan los arreglos entre los participantes de la implementación de las políticas en cada nivel. Las condiciones del RI se despliegan en tres dimensiones: política, funcional y material (Chiara y Di Virgilio, 2009).

La *dimensión política* del RI remite a los niveles de autonomía que las reglas le confieren a los actores, a su capacidad de representación, a las exigencias de capacidades puestas en juego, al alcance de los escenarios de articulación intergubernamental y también a los modos como se articulan estas con el sistema político partidario en un juego de complejas tensiones. Por su parte, las condiciones de la *dimensión funcional* se relacionan con las competencias y funciones de cada una de las jurisdicciones, por un lado, y las transformaciones resultantes de la descentralización, por otro. Por último, la *dimensión material* alude a los mecanismos y sentidos a través de los cuales el Estado redistribuye el excedente, no solo por medio de las políticas tributarias, sino también con relación a cómo se asigna el gasto y a los incentivos que generan.

En este capítulo se presenta la reconstrucción de la experiencia del municipio de San Fernando. Para ello, se ha relevado información de fuentes primarias (entrevistas a funcionarios municipales, provinciales y a representantes gremiales del sector) así como de fuentes secundarias (registro hemerográfico¹, relevamiento del digesto municipal² y de legislación nacional y provincial, presupuestos de gastos municipales³ y datos de transferencias en concepto de coparticipación⁴).

En la primera sección, se presenta una caracterización general (en términos demográficos, sociales y económicos) del municipio de San Fernando, así como también aquellos antecedentes históricos que nos permiten entrever –desde un

¹ Se relevaron los periódicos locales para el período 2000/2007. Asimismo, se relevó el periódico *El Día* de la Ciudad de La Plata, no habiéndose encontrado información local.

² Se relevaron sistemáticamente los decretos municipales y ordenanzas del período 2000/2007.

³ Se consultaron los presupuestos municipales correspondientes al período 2000/2007 publicados en el Boletín Oficial Municipal.

⁴ Según datos provistos por la UAES del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

comienzo— que se trata de un municipio con un alto margen de autonomía en lo que respecta a la configuración y la dinámica propia de su sistema de salud.⁵ A continuación, se hace una breve caracterización de los principales actores involucrados a nivel local en las políticas sanitarias. El propósito de este encuadre consiste en destacar el carácter estratégico del gobierno local en cuanto actor, en el marco de una situación de continuidad política.

En la tercera sección, se profundiza el análisis acerca de los rasgos y el funcionamiento de la estructura prestacional de este municipio, desagregando el análisis en lo que respecta a cada uno de los niveles de atención. Las notas distintivas de las estrategias locales en materia sanitaria son abordadas en la cuarta sección. Se busca, con ello, identificar y analizar cuáles han sido los cursos de acción privilegiados por el municipio en el campo de la salud y, a su vez, dilucidar la argumentación que subyace a estas decisiones. En la quinta sección se hace foco en las características de la gestión y del financiamiento de la salud en San Fernando. Por último, se prestan algunas reflexiones generales.

I. Una historia centenaria: de cómo el territorio crea autonomía

En este estudio, partimos del supuesto de que las “marcas de origen” nos brindan ciertas coordenadas a partir de las cuales se puede comprender la configuración institucional del sistema de salud en los municipios estudiados y las relaciones entre los actores involucrados. En el caso de San Fernando, sus más de 200 años de historia, sumados al temprano rol jugado por el gobierno local en materia de atención de la salud, son elementos ineludibles para explicar el grado de autonomía que ha desarrollado este municipio en cuanto a sus iniciativas en política sanitaria.

San Fernando fue fundado en 1805. Este municipio se encuentra ubicado hacia el norte del Gran Buenos Aires, en lo que se denomina “segundo cordón”⁶ y limita con los municipios de San Isidro y Tigre. Su sector continental está enmarcado por importantes cursos de agua: el Río de la Plata, al noreste, y los ríos Luján y Reconquista, al oeste, además de varios arroyos. Integran este

⁵ Tal como se señalara en el capítulo 4 de este volumen, hacemos un uso coloquial del término *sistema*. Sin atribuirle al mismo una intencionalidad organizadora o articuladora de las prestaciones que en materia sanitaria brindan y/o están a cargo de los gobiernos locales.

⁶ El segundo cordón está constituido por los partidos de Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre.

sector las localidades de San Fernando, Victoria y Virreyes. El sector insular, por su parte, constituye el bajo Delta y limita con el municipio de Campana y la provincia de Entre Ríos.⁷

En San Fernando, el proceso de urbanización cristalizó en la formación de franjas paralelas, de este a oeste, cada una de las cuales presenta características particulares en cuanto a su forma de ocupación y urbanización, la calidad urbano-ambiental del espacio público, así como también respecto de los sectores sociales que las habitan. En términos generales, la situación desmejora a medida que se avanza de este a oeste.⁸ Actualmente, San Fernando se encuentra en la fase final de extensión de su tejido urbano: el territorio municipal se halla completamente urbanizado, con excepción de algunas áreas ubicadas al oeste (ver mapa del municipio en Anexo).

La población de San Fernando asciende, de acuerdo con los datos del último censo, a 163.462 habitantes (INDEC, 2011), lo cual implica un aumento del orden del 8,16% respecto de una década atrás⁹ y contrasta con la tasa de incremento poblacional del período 1991-2001 (4,4%). En el municipio, la población se distribuye de manera despareja entre las zonas: aproximadamente la mitad reside en la denominada zona II.

De acuerdo con la última información censal disponible hasta el momento (censo de 2001), un 13,5% de los hogares de San Fernando tenía, a comienzos

⁷ Las particularidades de la zona de islas no son recogidas en este estudio, cuyo foco ha sido el análisis de los efectores de salud desplegados en el ámbito continental.

⁸ La primera franja sería la comprendida entre la ribera y las vías del Tren de la Costa, con una ocupación socio-espacial heterogénea que incluye tanto barrios cerrados de alto estándar como asentamientos precarios. La segunda franja es aquella que queda delimitada por las vías del Tren de la Costa y las del ferrocarril de pasajeros operado por TBA y comprende el área centro, con actividades productivas vinculadas a la costa del Río Luján, el canal y el puerto y localizaciones industriales contaminantes. La tercera franja contiene el desarrollo residencial que desborda al área centro y se extiende entre las vías del ferrocarril operado por TBA y el acceso a Tigre (Acceso Norte). La última franja se ubica entre el acceso a Tigre y el río Reconquista y está vinculada a la expansión del tejido residencial entre los años 1960 y 1980. Allí se desarrollan asentamientos irregulares y no planificados en las cuencas degradadas de diferentes cursos de agua. El mejoramiento de las condiciones ambientales y de infraestructura de los años ochenta a noventa la consolida como lugar para la localización residencial (Otero, 1997). Cabe destacar que esta división en franjas se corresponde parcialmente con la desagregación en zonas utilizadas por el municipio, de tal forma que la franja IV se corresponde con la zona III, la franja III con la zona II y las franjas I y II conforman la zona I.

⁹ En 2001, la población de San Fernando era de 151.131 habitantes (INDEC, 2001).

de la década pasada, necesidades básicas insatisfechas¹⁰ (Chiara *et ál.*, 2010: 34). En el municipio, las fracciones censales en las que históricamente se registran los mayores porcentajes de población NBI son la 6 (localidad de San Fernando) y la 10 (localidad de Virreyes) (Di Pace, 1994: 15). De acuerdo con los datos de 2009 de la Encuesta Sociodemográfica y Económica de San Fernando (ESDE), la población total con NBI alcanza al 11,8%, pero su distribución en el municipio resulta muy desigual: mientras que se encuentra en esta situación casi un cuarto de la población que reside en la zona III (23,8%), la proporción se reduce al 11,4% entre los habitantes de la zona II y cae al 3,8% en la zona I (UMEC, 2010). Cabe destacar que en San Fernando se localizan 17 villas de emergencia ubicadas en terrenos fiscales y privados (Almansi *et ál.*, 2004), las cuales alojan a poco más del 10% de los habitantes del partido (Aguilera *et ál.*, 2008).

Por su parte, en 2003, un 39,1% de la población se ubicaba en el primer quintil de más bajos ingresos, mientras que esta proporción era del 26,6% para los partidos del Gran Buenos Aires.¹¹ Si bien no se cuenta con información más reciente con este nivel de desagregación, se estima que actualmente estos porcentajes serían menores, como resultado del significativo descenso de las tasas de desempleo que se registran fundamentalmente desde el año 2003 (Chiara *et ál.*, 2010: 34).

En cuanto a la cobertura de salud, una de cada tres personas del municipio de San Fernando depende exclusivamente de la atención del subsector público ya que no posee obra social o prepaga. Este porcentaje presenta variaciones importantes en el territorio: mientras que en la zona III (aquella donde se concentran los sectores más vulnerables), la población sin otra cobertura que la del sector público llega al 55,6%, esta proporción se reduce al 42% en la zona II y alcanza solo al 18,2% de los habitantes de la zona I (Chiara *et ál.*, 2010: 42).

Finalmente, en cuanto a las condiciones habitacionales, merece destacarse que a diferencia de lo que sucede en otros municipios del Gran Buenos Aires, la cobertura del servicio de agua potable alcanza a un porcentaje muy alto de la población (97,9%, según datos del CNPV, 2001), (Chiara *et ál.*, 2010: 36).

¹⁰ El promedio para el Gran Buenos Aires era de 14,5% de los hogares, con importantes heterogeneidades entre partidos, así como también al interior de cada uno de ellos.

¹¹ Los datos de la EPH elaborados por el INDEC para agregados menores que el Gran Buenos Aires se presentan por cuatro zonas homogéneas (GBA 1, 2, 3 y 4). La información que aquí se presenta corresponde al GBA 4, del cual San Fernando forma parte, junto a los partidos de Moreno, Tigre, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Miguel, Merlo, La Matanza 2, Ezeiza, Esteban Echeverría y Florencio Varela.

A su vez, en los últimos años se ha ampliado significativamente la red cloacal: mientras que a mediados de la década del noventa solo el 26% de la población tenía este servicio, ese porcentaje asciende actualmente al 75%. El gobierno local fue el impulsor de las acciones realizadas para alcanzar dichos niveles de cobertura, tanto interviniendo directamente en el territorio como demandando (junto con algunas ONG) a los proveedores privados (Aguilera *et ál.*, 2008).

Este panorama económico-social del municipio de San Fernando deja en evidencia la fragmentación del territorio en función de las características de la población que reside en las diferentes zonas, a la vez que plantea desafíos tanto en términos de la accesibilidad que debe garantizar el sistema público de salud como respecto de la calidad en la atención brindada.

El municipio se encuentra gobernado por el intendente Osvaldo Amieiro, del Frente para la Victoria, quien cumple actualmente su cuarto período en el gobierno local¹² (en la siguiente sección se volverá sobre este tema).

El sistema de salud de San Fernando se ha ido configurando a lo largo de los más de 200 años de historia de este municipio.¹³ En la organización del nivel primario de atención, en particular, ha primado históricamente una mirada territorial. Las acciones de más larga data en esta materia fueron la creación, hace más de 40 años, de las postas de hidratación y los primeros centros de salud, que se conformaron como resultado de la iniciativa de las sociedades de fomento locales¹⁴ con el propósito de dar respuesta a demandas de la población. Un alto funcionario municipal describió este proceso en los siguientes términos:

“... y yo creo que hay centros de salud que tienen más de 40 años (...) que empezaron en casa de vecino, o por ejemplo, cuando algunos médicos y enfermeras o un médico y una enfermera estaban por ejemplo en sociedades de fomento (...) Por eso, esto empezó así (...) y hay fotos de centros de salud que eran calles de tierra y era una sociedad de fomento. La gente misma de la

¹² Fue elegido en 2003 y reelecto en el cargo en 2007. Con anterioridad, había sido intendente de San Fernando entre los años 1995/99 y 1999/02 (no completó el mandato por ser convocado a asumir un cargo en el gobierno provincial).

¹³ El alcance de este estudio no permite determinar con exactitud si el carácter temprano de la conformación del sistema de salud es propio de San Fernando o también estuvo presente en otros municipios. Sin embargo, a modo de conjetura, podemos decir que si este rasgo estuviera presente en otros casos, solo sería en los municipios vecinos de la zona norte (San Isidro y Vicente López), ya que esto dependió del proceso de urbanización (más prematuro en el norte).

¹⁴ Las sociedades de fomento locales han mostrado, también, protagonismo en la consolidación del municipio al resolver en forma directa demandas vinculadas al tendido eléctrico y el mejoramiento de calles. En los últimos tiempos, su labor se ha canalizado hasta la gestión de mejoras ante los organismos públicos (Di Virgilio y Ariovich, 2010).

sociedad de fomento venía a la municipalidad y decía: “tenemos un espacio, le ponemos una camilla” y había un médico que iba a atender. No sabía ni cuándo entraba, ni cuándo salía, ni cuántas veces iba, ni cuántas horas”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

Posteriormente, estas instituciones fueron conformando una red sanitaria territorializada, abocada a la atención primaria de la población y distribuida en todo el municipio. Si bien estos centros de salud se encontraban, formalmente, bajo jurisdicción del gobierno provincial, eran las autoridades municipales quienes los administraban (Segura Salas, 2001). El proceso de transferencia de los centros de salud y sus profesionales desde la órbita provincial a la municipal se completó a mediados de la década de los noventa.

Las características del proceso mismo de traspaso dan cuenta de un rol muy activo por parte del gobierno municipal, que logró imponer algunas condiciones:

“Hace varios años atrás, entre el 90 y el 95, hubo un momento en el que la provincia decidió hacer el traspaso de estos centros y estos profesionales a los municipios. Y ahí hubo dos vertientes: municipios que lo aceptaron y se hicieron cargo, y la provincia a través de la coparticipación les enviaba el pago de estos profesionales; y municipios que dijeron “no, lo mantengo y todo lo demás, pero el sueldo yo no lo puedo pagar”. (...) Y entonces dijeron “yo acepto pero si vos tenés médicos que nombraste en el centro primario de salud y cobran el sueldo en la provincia, que sigan trabajando en el centro de salud y seguiles pagando el sueldo vos, porque si por algún problema mañana no me mandás la coparticipación, ¿quién les va a pagar los sueldos? Y bueno, acá pasó algo así”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

Actualmente, la gestión de los servicios de salud está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud Pública. Forman parte de él 7 efectores con internación (4 bajo la órbita del subsector público y 3 del subsector privado¹⁵) y 25 sin internación, en su mayoría (22) correspondientes al subsector público. El principal efector público del segundo nivel es el Hospital Zonal General de Agudos Petrona V. de Cordero, que concentra el 77,6% de las camas existentes en los efectores con internación. Los tres restantes son hospitales municipales ubicados en la zona de las islas: Hospital Dr. Oscar do Porto (Boca Carabelas), Dr. René Favalaro (Paraná Mini y canal 4) y Dr. Ramón Carrillo (Paraná Mini

¹⁵ Clínica Privada Aranzazu, Sanatorio San Pablo y Clínica Privada de la Rivera.

y Chaná), (Chiara *et ál.*, 2010: 40). Por su parte, dependen del municipio los Centros de Atención de la Salud (CAP) y las postas sanitarias. Los establecimientos públicos de ambos niveles están abiertos a la demanda de los residentes en el propio partido o en otros.

A pesar de que el principal hospital del municipio es provincial, sus orígenes se encuentran fuertemente marcados por los actores locales, ya que fue instalado en respuesta a los pedidos de los vecinos de San Fernando y financiado, durante los primeros años, con sus recursos. Recién unos 40 años con posterioridad a su creación fue transferido a la órbita del gobierno provincial. Una de las autoridades del hospital lo explicó de la siguiente manera:

“La historia del hospital es centenaria, prácticamente, porque se inauguró el 5 de marzo del año 1911. Un grupo de personas de San Fernando decidió hacer aportes para tener en la ciudad, en el pueblo, un hospital. Había una especie de fundación en el barrio que estaba dirigida por un grupo de vecinos notables, seguramente con un mejor poder económico que otros, que vivía en el lugar y que decidió impulsar la construcción del hospital. Al final de cuentas se lo dieron, dentro de esa comisión, a la señora Petrona Villegas de Cordero, que es el nombre que lleva desde aquel momento el hospital. El hospital comenzó siendo un lugar de asistencia, muy elemental, con pocas salitas: una era de clínica general, un área de cirugía general, había una sala de hemoterapia y había un lugar donde se realizaban partos. Siempre estuvo en el predio en el que actualmente estamos. El hospital estuvo desde 1911 hasta 1950 en manos de lo que era el municipio en esa época y en 1950 paso a depender de la provincia de Buenos Aires”. (Autoridad del hospital, marzo de 2010).

El subsector público de salud de San Fernando se financia con los recursos provenientes del presupuesto municipal y provincial. En comparación con la de otros distritos del GBA, la inversión que en salud realiza el municipio con fondos propios resulta muy elevada. El aporte que se recibe a través de la coparticipación representa solo el 24% del gasto total en esta finalidad (Chiara *et ál.*, 2010: 55¹⁶). Cabe destacar que en este municipio

¹⁶ Toda la información presupuestaria presentada en Chiara *et ál.*, 2010, y retomada en este trabajo, toma como fuente los datos de la UAES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

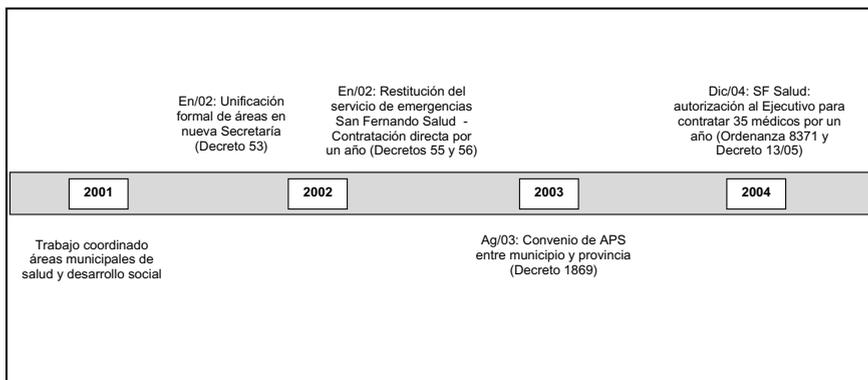
no existe sistema de cobro para la atención, con excepción de lo que se factura a las obras sociales y empresas de medicina prepaga.¹⁷

Este breve repaso de las características del sistema de salud en San Fernando nos permite identificar algunos rasgos centrales que serán desarrollados con mayor profundidad a lo largo del capítulo. Uno de ellos es el carácter “mixto” del sistema, en la medida en que combina prestadores que dependen de diferentes niveles de gobierno (hospital provincial junto con CAP y postas de salud municipales), lo cual plantea importantes retos en cuanto a la coordinación y el tránsito entre niveles de atención. Junto con esto, sobresale la autonomía desplegada por el gobierno municipal en política sanitaria, rasgo que estaría vinculado no solo con su historia centenaria sino también con el protagonismo que desde muy temprano este ha tenido en la resolución de las necesidades de la población en materia de salud.

Como en el resto de los municipios, el contexto de crisis que se vivió a comienzos de la década pasada y su repercusión sobre las condiciones de vida de la población exacerbaron las diferencias territoriales, incidiendo sobre la aparición en la agenda del gobierno local de problemas a los que este debía dar respuesta. En ese escenario, la gestión municipal se orientó, principalmente, a lograr una mayor equidad social, desarrollando acciones para promover la inclusión de los sectores más vulnerables a través de un mejoramiento integral de la calidad de vida de las familias. En estas coordenadas se enmarca la política sanitaria local promovida con posterioridad a la crisis, la cual estuvo orientada hacia tres propósitos fundamentales: mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, fortalecer el nivel primario de atención y lograr una mayor articulación entre niveles de atención (Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008). A tal efecto, se han implementado diferentes estrategias y mecanismos institucionales, los cuales se presentan en las figuras 5.1 y 5.2 y serán retomados a lo largo del capítulo.

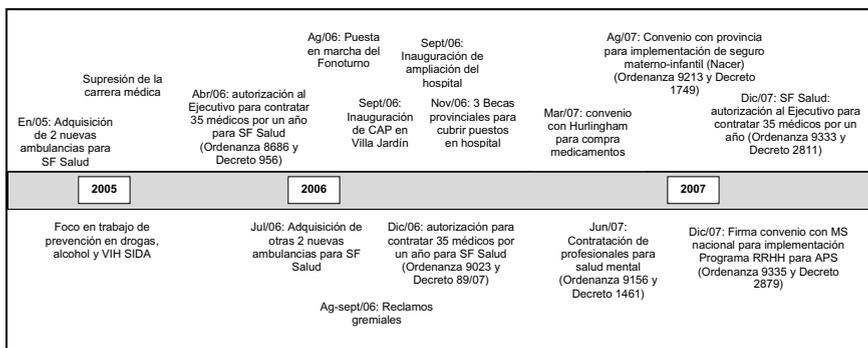
¹⁷ Una encuesta a púérperas realizada en 2005 en conjunto entre la Región Sanitaria V y el ICO/UNGS mostró que solo el 6% de ellas habían pagado para realizarse los controles de embarazo, lo cual constituía los valores más bajos entre los municipios de esa región. El porcentaje se elevaba al 26,7% respecto del pago por ecografía, que constituye una prestación tradicionalmente más mercantilizada (Chiara *et al.*, 2010: 40).

**Figura 5.1: Hitos de la política de salud local.
Municipio de San Fernando, 2001/2004**



Fuente: elaboración propia.

**Figura 5.2: Hitos de la política de salud local.
Municipio de San Fernando, 2005/2007**



Fuente: elaboración propia.

La política sanitaria local fue encarada, también, en el entendimiento de que las mejoras en la calidad de vida operarían como malla de contención y prevención de los problemas de salud. Es por eso que, en este contexto, el reordenamiento urbano se consolidó como una pieza clave para lograr esos propósitos.¹⁸ Durante los últimos años se han llevado a cabo diferentes actua-

¹⁸ De hecho, aparece como un importante objetivo en los lineamientos del Plan de Gobierno 2003/2007.

ciones orientadas a mejorar el espacio urbano y, de esa forma, impactar sobre las condiciones sanitarias de la población: obras públicas de infraestructura y saneamiento, ampliación de la red de agua potable y realización de nuevas cloacas. En cuanto a su localización, las inversiones del municipio se han centrado en la zona oeste, donde se encuentran los barrios y asentamientos más precarios.¹⁹ De este modo, los programas de reordenamiento urbano se articulan con la planificación en salud²⁰, en una política definida desde el gobierno local como de *convivencia social*.

Es interesante notar que este énfasis en la calidad de vida nos habla de una concepción de la salud más amplia, no tan sistémica como en otros casos, y abre el juego a otros actores e intervenciones públicas. Puede suceder, asimismo, que esta apuesta a un abordaje más estructural de la salud haya contribuido a “licuar” disputas sectoriales intra-burocráticas. Si bien esta forma de entender la política sanitaria no implica necesariamente una baja jerarquía de estos temas en la agenda pública, sí debe advertirse que, en este contexto, el frente sectorial interno queda “desprotegido”. En particular, respecto de algunos temas muy conflictivos como es el de la gestión de recursos humanos (sobre esto volveremos más adelante).

De lo hasta aquí planteado interesa rescatar algunos elementos que resultan clave para entender la dinámica que las políticas sanitarias han presentado en San Fernando, con posterioridad a la crisis de los años 2001/03. En particular, se debe destacar el grado de autonomía que este municipio ha tenido en materia sanitaria, lo cual parece estar asociado a diferentes cuestiones. Por un lado, sus antecedentes históricos: recordemos que en este municipio bicentenario, la organización del sistema de salud se dio no solo en forma temprana sino también con una fuerte injerencia del gobierno local. A pesar de que los centros de salud dependían del gobierno provincial para su financiamiento, era el municipio el que se hacía cargo de su gestión y luego, cuando estos fueron transferidos, el municipio pudo imponer ciertas condiciones. Pero, también, los

¹⁹ Según consta en información publicada en la página web institucional del municipio de San Fernando, entre los proyectos más destacados se encuentra la construcción de un centro deportivo-cultural, de un polo educativo con jardines y escuelas, de un parque tecnológico para promover el empleo en la zona y la replicación de la experiencia PROMEBa (Programa Nacional de Mejoramiento Barrial, que tiene como objetivo la regularización urbana de asentamientos y barrios informales) en las villas de emergencia ubicadas sobre el Río Reconquista.

²⁰ Cabe recordar que esta articulación de políticas sociales y sanitarias tiene como marco la fusión formal de las Secretarías de Desarrollo Social y de Salud en el año 2002 y el trabajo que sus equipos técnicos venían desarrollando, previamente, desde 2001.

actores locales jugaron un rol relevante en la configuración del segundo nivel de atención. El hospital provincial fue creado en respuesta al pedido de los vecinos y de gestiones realizadas por algunos de ellos (vecinos “notables”). Este origen, vinculado a las necesidades y demandas locales, incidió para que—desde sus comienzos— las autoridades municipales interactuaran con las del hospital provincial. Otro rasgo que merece ser rescatado es el nivel de autonomía que tiene el municipio respecto de los recursos presupuestarios con los que financia la inversión en salud.

Siendo que el municipio de San Fernando se caracteriza por un alto margen de autonomía (por antecedentes históricos, por capacidad presupuestaria propia) para desplegar sus acciones en el ámbito de la salud, ¿cómo ha sido la dinámica de su relación con otros actores con presencia a nivel local en este campo de las políticas públicas?

II. El entramado de actores en el nivel local: cambios y continuidades de la historia reciente

En cada municipio, la política y la estructura sanitaria local está sostenida por un particular entramado de actores que inciden sobre ellas, ya sea por acción o por omisión. Los atributos generales del “mapa de actores” característico de San Fernando se vinculan con la antigüedad del municipio.

Al recrear el mapa de actores a nivel local, un primer rasgo que se observa es la continuidad de un mismo partido político (e, incluso, de las mismas autoridades) al frente del gobierno local. Quien ocupa actualmente el cargo de intendente (Oswaldo Amieiro) lo ha sido casi ininterrumpidamente durante los últimos 15 años. Su antecesor (Alfredo Viviant) ocupó ese cargo durante 12 años, desde el retorno de la democracia hasta mediados de la década del noventa. Tanto Amieiro como Viviant se enrolan dentro del “justicialismo” (aunque el primero se identifica con lo que actualmente conforma el Frente para la Victoria). En otras palabras, desde el año 1983 a la fecha, San Fernando ha tenido solo dos intendentes.

No obstante, a pesar de inscribirse en la misma corriente política, la llegada de Amieiro a la intendencia marcó un punto de inflexión respecto de la gestión anterior y puso de manifiesto ciertas rupturas en el Justicialismo local. Su gobierno se caracteriza por combinar políticas asistenciales y de promoción, con espacios para la participación de los vecinos y cierto énfasis en la modernización de la gestión.

En el municipio, la administración de los servicios del primer nivel está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud Pública, resultado de la unificación de dos áreas en el año 2002 (Decreto Municipal 53/02). La fusión de estas reparticiones de gobierno y el trabajo conjunto que venían realizando los técnicos con anterioridad a esta modificación, dan cuenta de la articulación de iniciativas sociales y sanitarias que se expresan en la política de *convivencia social*.²¹ La Secretaría de Desarrollo Social y Salud Pública cuenta, a su vez, con una Subsecretaría de Salud Pública.²² La continuidad política también se da en el caso de quien está actualmente al frente del organismo rector en materia sanitaria: el actual secretario ocupa este cargo desde el año 2003.²³

La presencia que tiene el gobierno provincial en el territorio local se manifiesta principalmente a través de la existencia del hospital, cuyas autoridades mantienen, desde sus orígenes, vinculación con las autoridades municipales. A pesar de esto, se advierte cierta distancia en relación con el funcionamiento de los consultorios externos de este establecimiento, lo que tensiona la relación con el municipio.

La vinculación del gobierno provincial con el primer nivel de atención se da, también, a través del financiamiento de algunos profesionales que se desempeñan en los CAP y la implementación de programas que se ejecutan a través de estos centros. En particular, fue mencionado el PRODIABA (Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético), cuya llegada fue particularmente valorada por el hecho de haber mantenido el suministro de insumos de forma regular a lo largo de los últimos años, aun durante el período de crisis.²⁴

La figura de la región sanitaria (en este caso, la V) no es vista como relevante a nivel local. En parte, esto se debería a la falta de recursos (autoridad política y medios económicos) para incidir de forma efectiva en las políticas. Al respecto, se mencionó que:

²¹ Interesa destacar, también, que quien se desempeñaba como secretario al momento de hacer el trabajo de campo era pediatra y la subsecretaria era trabajadora social. Este dato fue marcado por los entrevistados como ilustrativo de la fusión entre las áreas mencionadas.

²² Organizada en 7 Direcciones (Tercera Edad, Deportes, Apoyo Logístico, Atención Primaria, Hospitales de Islas, Salud Escolar y Fiscalización Sanitaria). Su estructura se completa con las áreas de Administración y Despacho, Asistencia y Promoción Social, Servicios Educativos Municipales, Discapacidad, Zoonosis, Centro de Orientación Social, Coordinación Odontológica, Consultorio Médico Municipal.

²³ Con anterioridad, fue subsecretario (año 2002) y trabajó en uno de los centros de salud del municipio (a partir del año 1981).

²⁴ Una descripción algo más detallada de cómo operaba la relación con el gobierno provincial en el período previo a la crisis puede leerse en (Di Virgilio y Canel, 2008).

“La Región Sanitaria V, las regiones sanitarias en general, tienen una deslucida actuación dentro del sistema de salud. Y la deslucida actuación es porque no se cumple la Ley de Regionalización Municipal (...) porque si se cumpliera como debiera, las regiones estarían descentralizadas, tendrían presupuesto propio, tendrían la posibilidad de nombrar gente (...) En realidad [la de las regiones sanitarias] termina siendo una gestión puramente administrativa”. (Autoridad del hospital, marzo de 2010).

La intervención que tiene la región sanitaria en la elaboración de políticas se restringe a la provisión oportuna de cierta información, mientras que la vinculación que se da entre ella y los efectores está siempre mediada por el municipio.

El hospital de San Fernando, al ser provincial y formar parte de la Región Sanitaria V, integra lo que se denomina “el cordón norte del conurbano bonaerense”, donde existen cuatro redes de atención de la salud: de emergentología, de politrauma, de neurocirugía y de cirugía cardiovascular. Estas redes están constituidas formalmente, lo que implica que existe una regulación acerca de a qué hospitales deben hacerse las derivaciones correspondientes.

Por último, la impronta que a nivel local tiene el Gobierno nacional se da, también, a través de sus programas, algunos de los cuales son vistos por los equipos de salud en los efectores como elementos insoslayables al momento de analizar los recursos que se manejaron durante la crisis. En particular, se valoran el Programa Materno Infantil y el programa de tuberculosis. Una vez pasada la crisis, cobraron relevancia otros programas nacionales, entre los que se destacó el Remediar. También se ha mencionado al Programa Médicos Comunitarios, en la medida en que permitió reforzar, durante algunos momentos, la dotación de recursos humanos del municipio.²⁵

Estas intervenciones le han permitido al Estrado nacional reposicionarse rápidamente en su relación con los gobiernos locales, a través de mecanismos de articulación directa entre las instancias nacionales y las municipales. El gobierno provincial, si bien participa en la definición de los lineamientos de los programas y de los criterios de asignación de los recursos por jurisdicciones, no interviene de manera directa en su implementación. Los municipios se constituyen en efectores

²⁵ Debe notarse que a pesar de ser iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación, por las características de la estructura sanitaria de nuestro país, estos programas requieren para su implementación de la coordinación con el gobierno provincial. Las funciones asignadas al Ministerio de Salud provincial varían en cada caso, siendo más protagónica la intervención provincial, por ejemplo, en el Programa de Maternidad e Infancia.

de las iniciativas nacionales en la medida en que son los que tienen a cargo el primer nivel de atención.²⁶

Como se ha mencionado anteriormente, el sistema de salud del municipio de San Fernando está conformado por establecimientos que responden a los tres subsectores (público, de obras sociales y privado). Sin embargo, la presencia de efectores de origen privado resulta baja, a tal punto que constituye una preocupación para las autoridades del municipio. A esta característica, entre otras, se atribuye el hecho de que una importante proporción de la población que no es pobre y cuenta con cobertura se atiende en efectores del subsector público (Chiara *et ál.*, 2010: 84). Cabe destacar, no obstante, la presencia de los actores privados en instancias de trabajo colectivo que han sido propiciadas desde el gobierno local, tal como la Comisión de Salud de Investigación de Mortalidad Infantil, de la cual forman parte directores o dueños de sanatorios privados.²⁷

El frente más fuerte de oposición al municipio surgió de las entidades que agrupan a los profesionales de la salud. A mediados de la década pasada se conformó la Asociación de Profesionales de Centros de Atención Primaria de San Fernando (en adelante, la Asociación), que es una seccional de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP).²⁸ La Asociación surgió por la pérdida de recursos y deterioro de la atención primaria en San Fernando, particularmente por el éxodo de profesionales.²⁹ Pueden participar de ella todos los profesionales que tengan estudios terciarios o universitarios.

A mediados de 2006, la Asociación se enfrentó duramente al municipio a raíz de reclamos por aumentos salariales, mejoras edilicias en los centros de salud, plena vigencia de la carrera médico-hospitalaria y denuncias por irregularidades con la empresa encargada de las prestaciones del Fonoturno (“Empleados de los centros de salud de San Fernando reclamaron por mejores condiciones”, 24/08/06, *El Comercio Online* y “La salud de San Fernando puesta en tela de juicio”, 05/09/06, *El Comercio*

²⁶ Un análisis de los programas nacionales y de sus modalidades de implementación se presenta en el capítulo 3 de este libro.

²⁷ Entrevista a alto funcionario municipal del área de salud, marzo de 2010.

²⁸ De acuerdo con el relevamiento realizado a través de las entrevistas, la otra asociación gremial presente en el municipio es el Sindicato de Trabajadores Municipales, al cual la Asociación considera alineado con el gobierno local.

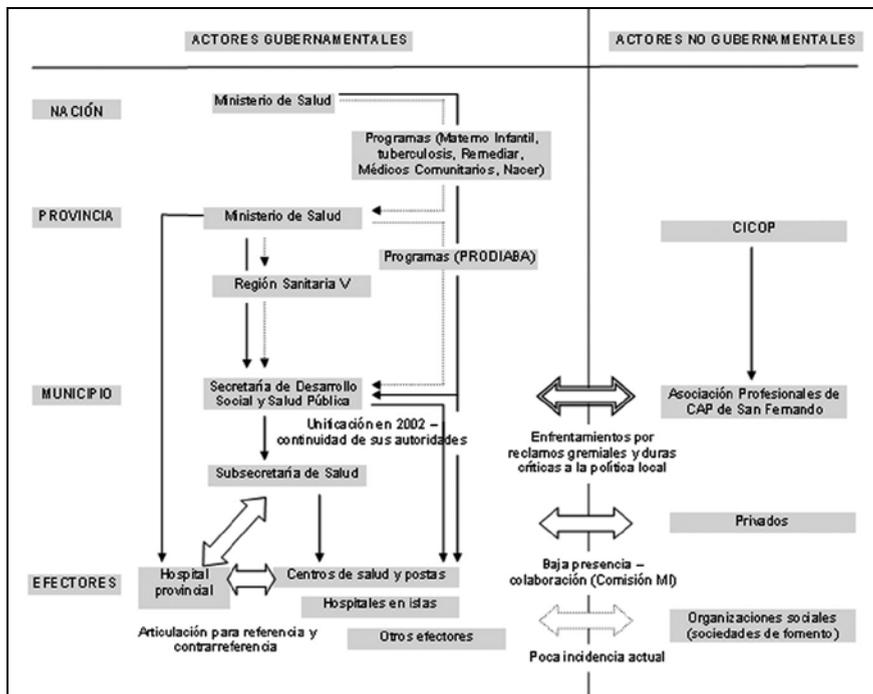
²⁹ Una de las iniciativas encaradas por esta Asociación fue la de realizar un relevamiento de la situación de los centros de salud y organizar un foro, del cual participaron partidos políticos, representantes de los barrios y organizaciones sociales. Sobre esa base se confeccionó un proyecto de salud que fue presentado al Concejo Deliberante.

Online). A modo de protesta, durante el año siguiente se sucedieron reiterados paros del sector y se publicaron avisos reclamando por la reincorporación de personal.

Respecto de la presencia de organizaciones sociales, cabe mencionar que las sociedades de fomento, que inicialmente cumplieron un rol preponderante en la configuración del sistema de salud local, no desempeñan actualmente funciones destacables en materia sanitaria.

Las características distintivas de este escenario muestran, entonces, al municipio como actor protagónico, tanto frente a los demás subsistemas de la salud, como así también frente a los otros niveles de gobierno (nación y provincia). Recordemos, también, que se trata de un gobierno local con una marcada continuidad en términos políticos. El único frente fuerte de conflictos parece haberse dado en relación con los profesionales del sector. El esquema que se presenta a continuación ilustra estas interacciones.

Figura 5.3: Actores y cuestiones que organizan las relaciones en la política sanitaria local



Fuente: elaboración propia.

III. Desarrollo, tensiones y clivajes en la configuración de la estructura prestacional

Como se señalara anteriormente, el sistema de salud del municipio de San Fernando está conformado por establecimientos de los tres subsectores (público, obras sociales y privado), aun cuando la presencia de los del subsector privado es baja, a tal punto que constituye una preocupación para las autoridades locales.³⁰ A esto se suma el hecho de que coexisten, en el territorio, establecimientos de dependencia provincial y municipal. Mientras que el principal establecimiento con internación (Hospital Petrona V. de Cordero) depende de la provincia, los centros de atención primaria y las postas de salud son municipales. Finalmente, se implementan en el territorio programas de dependencia nacional (como el Programa Remediar y el Programa Materno Infantil) que se instrumentan a través de los efectores públicos municipales. Esta compleja red sanitaria, compuesta por organizaciones de diferentes sectores y dependientes de diversos niveles de gobierno, es la que debe articular las respuestas a las demandas de la población en materia de salud. Al respecto, recordemos que en aquellas zonas socioeconómicamente más vulnerables del partido, poco más de la mitad de la población cuenta solo con la atención que se le pueda brindar desde el subsistema de salud público (Chiara *et ál.*, 2010: 42).

Como se ha mencionado, en el segundo nivel de atención encontramos al Hospital Zonal General de Agudos Petrona V. de Cordero, que depende del gobierno provincial y concentra el 77,6% de las camas existentes en los efectores con internación (Chiara *et ál.*, 2010: 40). Este establecimiento está organizado bajo la modalidad de Hospital Descentralizado de Autogestión. A él se suman otros tres hospitales de menor envergadura en la zona de islas, que dependen del gobierno municipal.

Entre los años 2001 y 2007, las plazas provinciales se han incrementado, al tiempo que las municipales se han reducido: mientras que la cantidad de plazas en el hospital provincial se ha elevado en razón de 37 camas, decreció en 2 en los establecimientos municipales con internación (Chiara *et ál.*, 2010: 41)³¹.

³⁰ Resulta llamativo que un 65% del segmento de la población no pobre y con cobertura utiliza habitualmente prestadores públicos localizados en el partido, lo cual se explicaría, en parte, por la carencia de establecimientos privados (Chiara *et ál.*, 2010: 84).

³¹ Los datos presentados en ese estudio acerca de la cantidad de camas en efectores y de consultas por nivel de atención toman como fuente original la información de la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro 5.1: Evolución en la cantidad de camas en efectores con internación del subsector público según jurisdicción (municipal, provincial y nacional). San Fernando, partidos del Gran Buenos Aires y total provincia, 2001/2007

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
San Fernando	Munic.	49	49	49	49	49	47	47
	Prov.	129	159	155	157	157	163	166
	Nac.	0	0	0	0	0	0	0
Gran Buenos Aires	Munic.	2668	2689	2943	2788	2826	2900	-
	Prov.	5251	5365	5394	5702	5619	5556	-
	Nac.	415	415	465	465	532	549	-
Total Provincia de Buenos Aires	Munic.	11016	12653	12464	12560	12748	12962	13272
	Prov.	12278	12033	12649	12836	13030	12701	12672
	Nac.	1460	2018	2054	2126	2129	2120	2035

Fuente: Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Al respecto, merece notarse que el aumento de las camas públicas provinciales fue cuatro veces mayor que el crecimiento promedio en el GBA y cinco veces el crecimiento en el promedio provincial. Por su parte, aunque de poca magnitud, la disminución de camas en los hospitales municipales constituye un fenómeno excepcional en relación con la tendencia observada en otros partidos del GBA, los cuales han orientado sus iniciativas a aumentar la capacidad instalada (y, con ello, mejorar a su favor los indicadores a partir de los cuales se asignan los recursos coparticipados desde la provincia), lo que en algunos casos derivó también en una merma de las acciones preventivas. Por su parte, si se analiza la cantidad de consultas realizadas en el hospital provincial entre los años 2004 y 2007 se observa que estas no muestran una tendencia clara: se redujeron entre el primer y segundo año para volver a incrementarse posteriormente³².

³² Las consultas realizadas en este hospital fueron 165.147 en 2004, pasaron a 158.732 en 2005, luego a 175.279 en 2006 y a 162.112 en 2007. <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/valida.php?usuario=Publico&clave=&pag=rf>. Consultada en octubre de 2011.

Desde mediados de la década de 2000, funcionan en el hospital consultorios de demanda espontánea de tres especialidades básicas: clínica médica, pediatría y traumatología. La decisión de conformar estos consultorios está asociada al hecho de que muchos vecinos acudían directamente al hospital, sin haber sido derivados. Al no tener turno, terminaban en la guardia, que se veía sobrecargada con patologías que podrían haber sido resueltas en otro nivel. No obstante, las autoridades del hospital reconocen que lo ideal hubiera sido promover la idea de recurrir en primera instancia a los CAP y admiten que se ha generado un efecto contraproducente, ya que la demanda espontánea ha aumentado.

Todos los agentes del hospital son provinciales. En cuanto a su financiamiento, al ser hospital descentralizado (anteriormente denominado “de autogestión”) tiene la posibilidad de recibir recursos a través de la atención de los pacientes que tienen terceros pagadores (obras sociales, prepagas). Al momento de hacer el relevamiento para este estudio –a fines de la década de 2000–, el hospital atendía de un 20 a un 25% de pacientes en esta situación, y el porcentaje de recupero superaba el 90% de lo facturado, lo cual era considerado como un muy buen nivel por parte de sus autoridades.³³

Un punto de contacto entre el hospital provincial y los centros de atención primaria está dado por la residencia en medicina general, que es ejercida en los CAP. Además de estas, el hospital ofrece formación de postgrado (residencias) en diferentes especialidades y también formación de pregrado, en asociación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En cuanto a la atención primaria, existen dos niveles entre los efectores, aunque esta distinción no está formalmente instituida: los centros de atención primaria y las postas. Los centros de atención primaria (CAP) tienen la totalidad de las especialidades básicas³⁴, y otras adicionales según el caso. Por su parte, las postas cuentan con un médico generalista o clínico y una enfermera. Actualmente, funcionan en el sector continental de San Fernando 13 CAP y 4 postas sanitarias.³⁵

³³ Para lograrlo, se debió invertir en equipos informáticos, capacitar al personal que atiende a los pacientes para que pudieran captar a quienes tienen prepaga u obra social, mejorar los procesos de facturación y de gestión del cobro.

³⁴ Estas son: ginecología o tocoginecología, pediatría y clínica médica o medicina general.

³⁵ Funcionan también un centro de salud sin internación en la zona de islas (CS Absalón Rojas), un Centro de Zoonosis, un Instituto de Ortodoncia, un Consultorio médico Municipal y Fiscalización sanitaria.

Los centros de salud se organizan como espacios diseñados para garantizar la prevención y la promoción de la salud. Al considerar su ubicación, se observa que el municipio dispone en promedio de una institución sanitaria por cada kilómetro cuadrado de superficie.

Tanto los CAP como las postas de salud funcionan de lunes a viernes, y aquellos centros con mayor cantidad de consultas, también los días sábados. El horario de atención llega, en la mayoría de los casos, a franjas de 10 horas durante los días hábiles y de 4 horas los sábados. Según información de la Región Sanitaria V, para 2007, 12 CAP contaban con las especialidades básicas, obstetricia y/u otras especialidades, mientras que un CAP contaba con las especialidades básicas y obstetricia. Solo en dos casos se brindaba servicio de cardiología y psiquiatría, con personal perteneciente a la planta municipal.³⁶ Se destaca la cobertura odontológica provista por los centros, en la medida en que resulta poco usual en la atención primaria. Merece notarse, también, que ninguno de los centros ofrecía prestaciones que involucraran niveles de complejidad. El plantel de los CAP se completaba con trabajadoras/es sociales, administrativos y personal de limpieza. Los servicios ofrecidos por las postas de salud, por su parte, eran un poco más acotados: en tres de cuatro casos no se contaba con la totalidad de las especialidades básicas, mientras que en el restante se ofrecían las especialidades básicas y otras (pero no obstetricia). (Chiara *et al.*, 2010: 57/59).

Para facilitar la realización de los estudios complementarios del embarazo, en todos los efectores del nivel primario se realizaban extracciones de forma descentralizada (un equipo de profesionales recorría los centros dos o tres veces al mes). De la misma manera, se desplegaba un operativo de extracción de muestras para el testeo de VIH/SIDA (un día al mes, en 11 de los CAP), como resultado de una iniciativa promovida desde el Programa de Prevención de VIH/SIDA.

Tanto en los CAP como en las postas sanitarias había diferentes situaciones en cuanto a la dedicación, salario y encuadre laboral de los profesionales de la salud (sobre este punto volveremos en la sección V). No obstante, interesa destacar aquí que una de las principales falencias relevadas ha sido la falta de personal para cubrir todas las especialidades en muchos de los centros y para organizar un trabajo más articulado con la comunidad, y la situación

³⁶ De acuerdo con el testimonio de una alta autoridad municipal, lo único que se hace en los CAP son electrocardiogramas, pero no otros estudios, por lo que no se considera que de esta forma se esté desvirtuando el propósito de la atención primaria.

desventajosa de los empleados municipales (amplia mayoría entre quienes están abocados a la atención primaria) en cuanto a sus condiciones laborales, no solo como resultado de la supresión de la carrera hospitalaria sino también por la proliferación de contrataciones temporales “a destajo”.

Otro de los factores críticos para el funcionamiento de los prestadores del primer nivel de atención es la infraestructura. Si bien en 2006 se realizó un relevamiento que permitió seleccionar 10 edificios para incorporar en un programa de mejoramiento de la infraestructura de los CAP con financiamiento del BID, esta iniciativa fue posteriormente suspendida.³⁷

En cuanto a los sistemas de información desplegados en el primer nivel de atención, tanto en los CAP como en las postas sanitarias se utilizaba la Historia Clínica Familiar (HCF).³⁸ Se trata de un instrumento de registro en papel que se archiva en las oficinas de cada efector pero que alimenta una base de datos centralizada (el padrón de pacientes del primer nivel, administrada por el Fonoturno³⁹). El personal administrativo de los CAP era el que cargaba los datos de la persona y de las consultas que realizaban (el acceso a la información es por número de DNI). En los centros se utilizaba, también, el Fichero Cronológico para pediatría y obstetricia, a la vez que los pacientes que no asistían eran convocados por la trabajadora social o por la obstetra. Este tipo de rutinas se han ido consolidando desde hace más de una década, como resultado de la asistencia técnica brindada por PROMIN, entre otros factores.

Los datos acerca de la distribución de las consultas en establecimientos del subsector público⁴⁰ muestran que el primer nivel de atención absorbe una proporción algo mayor que los efectores de mayor complejidad –en el año 2007, el 54,4% de las consultas totales eran realizadas en los efectores del primer nivel. Esta proporción ubica a San Fernando levemente por debajo del valor

³⁷ Esta falencia fue posteriormente recogida en el Plan de Gobierno 2007-2011.

³⁸ “Se trata de un instrumento en registro papel que se archiva en las oficinas de los CAPS y alimenta una base de datos (la del Fonoturno) que constituye por DNI el padrón de pacientes del primer nivel. En dicho padrón, la administrativa registra los datos básicos de la persona y los datos de las consultas que realizan; en el caso de los indocumentados se registran por un número de orden. Si bien los documentos de la HCF se encuentran en los CAPS, los datos básicos del paciente están en una base centralizada” (Chiara *et ál.*, 2010: 46).

³⁹ Se trata de un sistema telefónico para asignación de turnos, que será explicado más extensamente en la próxima sección.

⁴⁰ Se considera que este indicador hace referencia tanto a características de la oferta (accesibilidad, capacidad de resolución y continuidad) como de la demanda (valoración relativa de los CAP respecto de los hospitales).

promedio para el Gran Buenos Aires (58,3%), pero por encima del promedio provincial (49%).⁴¹

Los datos relevados en el marco de este estudio dan cuenta de la existencia en el nivel local de un sistema que garantiza una cobertura de prestaciones con efectores públicos distribuidos en todo el territorio, al cual tienen acceso los sectores más vulnerables de la población pero también grupos no tan desfavorecidos (población no NBI, población con cobertura de salud), y cuyas prestaciones son evaluadas positivamente por los usuarios. También, dejan en evidencia que el hospital público (segundo nivel de atención) era escasamente utilizado como “puerta de entrada” al sistema. En términos generales, la consulta a efectores de este nivel resultaba baja y más aún las realizadas a hospitales públicos de otros municipios, particularmente en aquellas especialidades con mayor cantidad de consultas (obstetricia/ginecología, pediatría y clínica médica). Por el contrario, los centros de salud (junto con las clínicas y sanatorios privados) resultaban los lugares de acceso privilegiados por parte de aquellos hogares en los cuales alguno de sus miembros había realizado al menos una consulta en el último año, aunque su relevancia variaba según la zona de residencia y la especialidad médica (para profundizar sobre estos temas, se puede consultar el capítulo 6). El carácter predominante de las consultas realizadas en el primer nivel da cuenta de la estrategia preventiva (por sobre la atención curativa) que se busca imprimir a la política sanitaria local.

IV. La tensión “acción pública territorializada/universalidad” como organizador de la atención y del diseño de la política local

La salida de la crisis de 2001/03 está asociada, en el caso de San Fernando, con el despliegue de estrategias orientadas a lograr una mayor equidad social, estrategias de las cuales formaron parte las políticas sanitarias. La reconstrucción

⁴¹ No obstante, debe destacarse que la información disponible para los años 2004 a 2007 respecto de este tema muestra una tendencia al aumento de las consultas en el primer nivel en el caso del GBA y la provincia, junto con una reducción de las mismas en el municipio analizado. De igual manera, la evolución de las consultas (en valores absolutos) realizadas en los CAP del partido de San Fernando ha ido en un leve descenso, en forma inversa a lo que se verifica en el GBA y para el total provincial. Cabe advertir, igualmente, que este dato debe ser analizado históricamente en relación con cambios que pueden haber ocurrido en otros municipios de la región (Malvinas Argentinas, Tigre, San Isidro), en la medida en que la movilidad regional de los pacientes es alta en estas zonas.

realizada para este municipio permite identificar, al menos, tres ejes en torno a los cuales se orientaron esas iniciativas: la concepción de la política sanitaria en el marco más global de las acciones orientadas a mejorar el nivel de vida de la población y su vinculación con intervenciones en otros ámbitos (como el ordenamiento urbano); el fortalecimiento del nivel de atención primaria y el despliegue de estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población al sistema; y la puesta en marcha de mecanismos que permitieran un mejor tránsito y coordinación entre niveles de atención.

Antes de hacer un repaso más pormenorizado de estas estrategias es necesario destacar que el foco puesto en el funcionamiento de la atención primaria y la apuesta hecha por este nivel como puerta de entrada al sistema no puede entenderse si no es en el contexto del devenir político-sanitario del municipio. Su historia bicentenaria, la temprana conformación de prestadores del primer nivel a cargo del gobierno local y su origen en demandas y necesidades de los vecinos son las coordenadas que permiten concluir acerca de un proceso de continuidad (antes que de ruptura) como respuesta a la crisis de comienzos de la década pasada. Al respecto, resulta ilustrativo el testimonio de un alto funcionario entrevistado:

“La política pública en salud siempre miró el territorio. Por eso el tema de la apuesta a la atención primaria y el tema de descentralizar el recurso de salud, los efectores de salud en el territorio, tuvo una mirada así de territorial”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

En primer lugar, cabe recordar que todos los establecimientos públicos –tanto los del primer nivel como los del segundo– garantizan la atención a la demanda espontánea y no contemplan mecanismos de cobro (solo se factura a las obras sociales y empresas de medicina privada). No obstante, el municipio ha desarrollado diversas acciones orientadas a mejorar la accesibilidad y la utilización de los servicios. Uno de los principales mecanismos implementados con este propósito es el sistema de turnos programados a través del denominado Fonoturno. Se trata de un servicio de atención telefónica con cobro revertido automático (línea 0800) puesto en funcionamiento en agosto de 2006.⁴² Su objetivo consiste en aumentar el acceso de la población a los servicios de salud,

⁴² Cabe destacar que la información disponible acerca de la evolución en la cantidad de consultas según nivel de atención llega hasta el año 2006, de tal forma que no es posible evaluar, a partir de esa fuente, el impacto del Fonoturno.

regular la distribución de la demanda por centro y, a su vez, optimizar las horas profesionales disponibles.

El Fonoturno es atendido por teleoperadoras que otorgan y registran turnos médicos y odontológicos para la atención en los CAP y en las postas de salud del área continental del partido. La asignación de turnos a través de este sistema se realiza considerando una consulta de 15 minutos de duración en el caso de pediatría y de 20 minutos para control del niño sano y ginecología.

Los resultados de la encuesta a vecinos del municipio de San Fernando respecto de la utilización de este sistema permiten concluir que más de tres cuartos de los vecinos que concurren a los CAP o postas de salud utilizan el Fonoturno para solicitar una consulta⁴³. Asimismo, resulta muy alto el conocimiento que existe de este sistema en la población, y su valoración también es mayoritariamente positiva. Las dificultades más relevantes asociadas al Fonoturno, sobre la base de las respuestas dadas por los vecinos, son la modificación del turno asignado inicialmente y el hecho de no ser atendido al concurrir a una visita reprogramada, de tal forma que, en algunos casos, los problemas quedan sin resolver (para ampliar sobre estos temas, ver capítulo 6).

Debido a que se trata del primer sistema centralizado de turnos, el Fonoturno permite avanzar en la elaboración de estadísticas generales relativas a cantidad de consultas por especialidad y/o por centro y en el seguimiento de la historia clínica de cada paciente. Al respecto, un funcionario municipal explicó:

“Me das el DNI y te puedo decir con quién se atendió, qué vacunas se dio, quién fue la enfermera que lo vacuno”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

La implantación del Fonoturno ha generado controversias entre los profesionales del sector. A poco de su puesta en marcha, a mediados de 2006, se sucedieron una serie de reclamos gremiales que incluían, entre otros temas, cuestionamientos a este sistema. En particular, al monto de presupuesto asignado para la contratación de la empresa privada que atiende los llamados.

“... se instaló el famoso Fonoturno (...) Eso fue ya el acabose, porque terminó con lo que era la atención primaria de la salud (...) Se instaló este sistema de Fonoturno por el cual la gente llama por teléfono, pide un turno, y como no hay profesionales por ahí le dan para dentro de 15/20 días o lo mandan

⁴³ De acuerdo con el testimonio de funcionarios municipales, se estaba avanzando hacia niveles más altos de demanda espontánea que, sin desplazar la modalidad de acceso al turno por vía telefónica, permitiría un mayor nivel de captación de pacientes.

a otro centro (...) Perdes la noción de lo que es el seguimiento del paciente. Si el paciente se va a otro centro de salud donde no tiene historia clínica, nadie sabe nada, lo único que se hace es atender el síntoma. (...) Y la gente habitualmente no está preparada para esto, porque llama y justo ese día que le dieron turno para dentro de 15 días les sale una changa. ¡Lo que menos se va a acordar es del médico! Ese turno se pierde, automáticamente se le pasa ausente, y cuando tiene que sacar nuevamente el turno se le saca lo que viene a ser una “tarjeta roja”, por lo cual no puede volver a llamar por teléfono y tiene que ir al centro de salud y sacarlo personalmente. O sea, todo un sistema complicado. (...) Y, en realidad, el Fonoturno se podría haber hecho menos costoso de lo que fue y esa plata se podría haber destinado a reforzar la parte profesional, que es lo que la gente necesita acá”. (Entrevista a representante gremial, marzo de 2010).

Muchas de estas preocupaciones también aparecen en los testimonios de los equipos de salud de los efectores (ver capítulo 6), quienes mencionan la dificultad que plantea el Fonoturno para hacer un seguimiento de los pacientes que se atienden fuera de su zona, la restricción derivada del hecho de que el turno se da para dentro de un tiempo (cuando el paciente podría ser atendido de inmediato si fuera en persona al CAP), la limitación de acceder al sistema por parte de quienes no tienen teléfono y el descontento por los recursos invertidos en este sistema, los cuales, desde la perspectiva de estos actores, podrían haber sido utilizados para mejorar las condiciones salariales de los profesionales del sector.

Sin embargo, no puede desconocerse que estos cuestionamientos tienen como trasfondo el hecho de que, en la práctica, el sistema de turnos telefónicos funciona como una estrategia de gestión de los recursos humanos en la medida en que hace posible un seguimiento más directo y exhaustivo de las prestaciones a cargo de los profesionales, de los turnos libres disponibles y los asignados, y del ausentismo médico.

“Costó mucho [se refiere a la implementación del Fonoturno] y costó mucho no solo con la gente sino con los profesionales, porque hoy le contás las costillas a cualquiera. (...) Les doy un ejemplo muy simple: imagínense un ginecólogo en un centro de salud [al que] le dejo yo cuatro turnos libres para que los asigne voluntariamente porque por ahí viene alguien [espontáneamente, sin turno]. Bueno, vos no sos un ginecólogo que esté, digamos así, seas adicto a la atención primaria de la salud. Entonces vas y le decís a la administrativa del centro: “A mí no me pongas ninguno en esos cuatro turnos. Si viene alguien me llamás primero y me preguntás si lo puedo poner”. (...) Entonces yo [se

refiere a sí mismo, en cuanto autoridad sanitaria del municipio] *me fijo los turnos, me fijo en tu agenda durante cinco meses [compruebo] que los últimos cuatro turnos los dejás libres (...); ¿Qué hago? Esos cuatro turnos que vos tenés del centro de salud yo te los bloqueo, te los cargo con el Fonoturno. (...) En vez de evitar cuatro pacientes todos los días, yo les pongo cuatro pacientes más todos los días*". (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

Otra de las iniciativas municipales orientadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud es la instalación del Servicio de Ambulancias Médicas denominado "San Fernando Salud", el cual permite llevar adelante un programa de atención médica y de traslado de emergencias de forma gratuita (línea 107) y articulada con el hospital provincial, durante las 24 horas y en todo el municipio. El servicio de emergencias fue puesto en marcha en agosto de 1998. Durante los momentos más álgidos de la crisis (comienzos de 2002) se recurrió a la tercerización del servicio con empresas privadas (Decreto 56/02), pero posteriormente se organizó sobre la base de la contratación anual de profesionales (hasta 35, según enuncian los decretos respectivos). El funcionamiento de este servicio ha sido valorado muy positivamente por todos los referentes consultados, incluso por los representantes gremiales, que mostraron una opinión muy crítica respecto de muchas cuestiones.

Entre las acciones impulsadas por el municipio de San Fernando con posterioridad a la crisis se destacan, también, aquellas orientadas a lograr un mejor tránsito y coordinación entre los niveles del sistema de salud local. Con este propósito, se han encarado diferentes iniciativas. Una de ellas es la definición de los mecanismos de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel. Para esto se utiliza un instrumento denominado "Planilla de Evaluación" que registra y facilita el tránsito del paciente desde los centros de salud al hospital.⁴⁴ Estas herramientas fueron instaladas inicialmente como resultado de la asistencia técnica de PROMIN y luego apropiadas por parte del municipio.

Junto con esto, en el hospital provincial existe la denominada "Oficina 5", que funciona como un mecanismo coordinador entre este y los pacientes que son derivados desde el primer nivel y desde los hospitales de las islas. Esta oficina dispone de dos turnos por especialidad y por día para urgencias. Su equipo está conformado por una administrativa, una trabajadora social y un médico, todos ellos empleados municipales. En particular, se ha trabajado en el "retorno de

⁴⁴ No obstante, un objetivo pendiente es ampliar la información epidemiológica y de desempeño de la atención, más allá de las consultas y de sus características.

puérperas”, de tal forma de promover su seguimiento a través de la atención primaria. A pesar de la reserva de turnos que se hace en las especialidades del hospital, todavía resulta bajo el porcentaje de utilización a través de las derivaciones desde los efectores del primer nivel. De acuerdo con los resultados de la encuesta, aproximadamente dos tercios de los hogares, cuyos integrantes consultan en los centros de salud y tuvieron que atenderse por un especialista en el hospital, regresaron al nivel primario en todas las oportunidades (para profundizar este punto ver capítulo 6).

También, desde el hospital provincial se han encarado acciones para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes dados de alta. Una autoridad del establecimiento lo explicó en los siguientes términos:

“Hace unos 5 años hicimos un estudio de la cantidad de reinternaciones en la primera semana en determinadas patologías. Es decir, gente que se iba dada de alta en el hospital y que a los 10 días volvía a ingresar. Entonces, cuando nos pusimos a ver cuáles eran las causas, descubrimos algo que ya suponíamos: que el tema era que el paciente se iba y no era visto por nadie en la primera semana o en los primeros 10 días. Y muchas veces no había tomado la medicación que se le había indicado porque como no había sido visto por nadie en un centro de atención primaria no lo pudieron ingresar a un plan de estos REMEDIAR o de medicamentos gratuitos. (...) Eso hacía muy poco eficiente al sistema. Entonces lo que hicimos es que todos los pacientes que estuvieran metidos dentro de las especialidades básicas se vayan del hospital con un turno otorgado en el centro de atención primaria en la primera semana del alta. Es decir, desde acá, antes de que se vaya, se le conseguía un turno en el centro de atención primaria y se lo daba en la mano al paciente para que vea al médico, y (...) con una reingeniería del presupuesto y una optimización hicimos la compra de una serie de medicamentos básicos (...) y le damos al paciente el medicamento hasta que pueda ser ingresado dentro de algunos de los planes municipales. Con eso bajamos enormemente las reinternaciones por las mismas patologías”. (Autoridad del hospital, marzo de 2010).

El acceso a los medicamentos también fue una preocupación para las autoridades sanitarias del municipio. Fue por ello que se celebró un acuerdo con la Municipalidad de Hurlingham para la compra de medicamentos al Laboratorio Municipal de Especialidades Medicinales, a fin de garantizar la provisión de los CAP municipales reduciendo los costos.⁴⁵ Esta iniciativa municipal vinculada

⁴⁵ Por medio de este convenio, el Municipio de Hurlingham provee de medicamentos “genéricos”, al tiempo que el municipio de San Fernando entrega las materias primas (drogas, bases y

a la provisión gratuita de medicamentos genera, en la práctica, ciertos resultados contradictorios en relación con los programas nacionales y/o provinciales que tienen el mismo propósito. En relación con el Remediar, un funcionario municipal explicó:

“Empezó bien, bien parido, con una cantidad adecuada de medicamentos y después empezó a mermar. Francamente es complicado (...) en cuanto a que los médicos en el sistema de salud tienen que hacer la receta para el municipio pero aparte tienen que hacer la receta, completarla (...) el escribir mucho en los centros de salud hace que los profesionales digan “no, dale este que es el municipal, que es más fácil”. Entonces eso hace también que el PRODIABA o el Remediar diga: “Mirá, de 1000 comprimidos, 500 no salieron, mandale 500 el mes que viene”, y entonces te manda menos. Eso pasa, por más que tratamos de machacarlo, nos cuesta mucho hacerlo entender”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

Más allá de estas consideraciones, entre quienes se atienden en los centros de salud de este municipio, una amplia mayoría (aproximadamente el 60%) afirma haber recibido siempre de forma gratuita la medicación que le fue recetada. Una parte de quienes no reciben los medicamentos de forma gratuita, los compran, mientras que otros los consiguen a través de la Secretaría de Salud del municipio (para ampliar sobre este tema ver capítulo 6). Cabe destacar que en los CAP se entregan medicamentos correspondientes a las especialidades básicas y que aquellos para el tratamiento de enfermedades crónicas no son provistos desde ese efector.

Los CAP son concebidos, también, como un espacio donde los servicios de salud se articulan con otras iniciativas de carácter social: programas alimentarios, abordaje de las problemáticas de las adicciones y otras acciones en maternidad e infancia. Este ámbito de articulación fue particularmente relevante durante la crisis de 2001/03. Al respecto, un alto funcionario del área de Salud del municipio afirmó:

“El centro de salud se transformaba en algo más que un centro de atención primaria (...) De alguna manera era una especie de municipio en chiquito. Y desde ahí se los podía conectar [a los vecinos] con el área de tierras, viviendas, juventud, medio ambiente...”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

excipientes necesarios) para la elaboración de los productos finales listos para su consumo.

En particular, hasta 2007, la articulación de los programas alimentarios con la atención que se brindaba en los CAP se materializaba en las experiencias del Plan Comunidad, el Programa Gurí y el Programa Convivir.⁴⁶

El Plan Comunidad consistía en un servicio mensual dirigido a familias de escasos recursos, principalmente familias numerosas con jefatura femenina. Ofrecía catorce productos secos y frescos y solicitaba contraprestación por parte de los beneficiarios (asistencia de los niños a la escuela y controles periódicos de salud). Las entregas de los bolsones de alimentos se realizaban en los CAP municipales y en sociedades de fomento.

El Plan Gurí era un servicio municipal de asistencia alimentaria quincenal dirigido a familias de alto riesgo social, con niños de entre 2 y 5 años. Consistía en una entrega de alimentos secos y frescos (en muchos casos, en las instalaciones de los CAP). Los beneficiarios se comprometían a garantizar la escolaridad de sus hijos, a participar en actividades de promoción social, talleres y charlas sobre crianza.

Por último, el Plan Convivir estaba dirigido a familias en las que hubiera personas infectadas por VIH, a las cuales se asistía semanalmente con una bolsa de alimentos secos y frescos que se entregaban en el Centro de Orientación Social para la Familia y la Juventud. Asimismo, incluía el control de la salud de los beneficiarios (mediante análisis de sangre en forma periódica, los cuales podían realizarse en los CAP), asesoramiento en la gestión de pensiones asistenciales no contributivas, orientación en relación con centros asistenciales donde pudieran atenderse fuera de la ciudad, apoyo educativo y capacitación, contención psicológica para la persona infectada por VIH y para su grupo conviviente y asistencia de la persona infectada (en caso de que consumiera alcohol u otras drogas).

Por su parte, la prevención sobre adicciones, impulsada fuertemente a partir del año 2006, involucraba tareas que conllevaban un trabajo sobre las causas de consumo de alcohol y drogas, una ampliación de la atención sobre consumidores y un refuerzo del control de ventas de alcohol y drogas. A través de los consultorios del Centro de Orientación Social, la municipalidad ofrecía atención individual y grupal para jóvenes y adultos con problemas de adicción, grupos de apoyo para familiares y charlas de prevención para escuelas e instituciones locales. También se realizaban campañas de comunicación orientadas a

⁴⁶ A lo largo de estas páginas, nos referimos a los programas implementados en tiempo pasado ya que estaban vigentes al momento del corte temporal para este estudio (año 2007) y se desconoce acerca de su continuidad más allá de esa fecha.

recuperar aspectos del imaginario de la población y de las demandas presentes en los espacios de consulta y participación. Lo que se buscaba era un abordaje integral, articulado con las acciones hacia juventud.

El Programa San Fernando Buena Vista era una acción regular que se desarrollaba junto con la Fundación Zambrano. Consistía en la recorrida de profesionales por las escuelas del partido para realizar un *screening* del estado de salud visual de la población. Posteriormente, un camión oftalmológico acudía a determinados “puntos focales” del partido revisando a los niños que habían evidenciado problemas. En caso necesario, se les proveía cristales y armazones.

Orientadas al propósito de reducir la mortalidad infantil, se desarrollaban acciones desde diferentes ámbitos: el Programa Materno Infantil (PMI, de origen nacional) y la Comisión de Investigación en Mortalidad Infantil. En el caso del PMI, se prestaba particular atención a los casos de embarazo adolescente, brindando asistencia y contención a las jóvenes a través de los CAP.

Las acciones anteriormente enumeradas (operativos de prevención, campañas de vacunación, prevención y atención de las adicciones, intervenciones destinadas a reducir la mortalidad infantil), originadas en diferentes programas y desarrolladas en el terreno, también formaban parte de esta estrategia del gobierno municipal orientada a fortalecer la atención primaria.

En relación con la oferta de programas nacionales y provinciales, el nivel primario de atención funcionó como “prestador” de los programas recepcionados por el municipio. Los recursos recibidos por esta vía, principalmente durante e inmediatamente después de la crisis de 2001/03 fueron muy valorados, en particular en el caso de algunos programas específicos como el PRODIABA (diabetes), Materno Infantil y programa de tuberculosis.

En síntesis, se puede advertir que en San Fernando, al igual que en otros partidos, la crisis puso de manifiesto la necesidad de que la política local brindara respuestas ante las crecientes demandas de la población, las cuales cobraron aún más relevancia en la medida en que solo algunos de los programas implementados por organismos supralocales (Ministerio de Salud de la Nación o de la Provincia) se llevaban a cabo efectiva y sostenidamente.

No obstante, pasada la crisis, la relevancia de las intervenciones sanitarias de los programas nacionales y provinciales se fue reduciendo, a la vez que ganó presencia la política sanitaria municipal. Lo que aquí se postula es que este renovado protagonismo del gobierno local debe entenderse como una continuidad (antes que una ruptura) dentro de un patrón que venía desplegándose previamente. La novedad de estos últimos años estuvo dada por el carácter innovador de las

herramientas que fueron puestas en marcha para fortalecer el primer nivel de atención. En definitiva, la crisis operó como una “ventana de oportunidad” para profundizar la dinámica autonómica que se venía desarrollando.

V. Las condiciones de la gestión y del financiamiento

Diferentes niveles, imbricados entre sí, contribuyen a analizar la política sanitaria. Uno de ellos es la *atención*, entendida como la cantidad y calidad de servicios ofrecidos a la población. Junto con ella, Tobar (2000) identifica también la *gestión* y el *financiamiento*. Mientras que la gestión se refiere a la manera en que se organiza la asignación de prestaciones, el financiamiento alude a la asignación de recursos para desarrollar la oferta sanitaria. A lo largo de esta sección nos referiremos a estos dos últimos aspectos, entendidos como elementos que explican la sostenibilidad de la atención sanitaria.

La irrupción de la crisis de comienzos de la década pasada dio lugar a muy distintas condiciones de atención, gestión y financiamiento de los sistemas de salud locales. Como ya hemos postulado, el municipio de San Fernando mostró una dinámica autonómica desde tiempos fundacionales, la cual se profundizó a raíz de los procesos de descentralización en el sector salud. Su alto grado histórico de autonomía en materia sanitaria se manifiesta, también, al analizar el sistema de salud local en cuanto a su gestión y financiamiento.

La organización general del sistema pone en evidencia una equilibrada distribución de los servicios en el territorio. La gestión de los recursos humanos, en particular los profesionales médicos, es un problema crucial que afecta al funcionamiento del sistema de salud en su conjunto, tanto en este como en otros municipios de la región, y su abordaje resulta ineludible si se quieren introducir cambios orientados a mejorar cualitativamente el trabajo desde los CAP y las postas de salud (programación local, organización de equipos de salud, niveles de atención con jerarquización de enfermeras y obstetras, entre otras).

En lo relativo al funcionamiento interno de los equipos de salud, si bien la figura del director del centro está formalmente instituida, no cuenta con horas disponibles para el desarrollo de tareas de planificación ni existe jerarquización salarial. Tampoco parecen existir condiciones para organizar rutinas de funcionamiento más orgánico, orientado por la estrategia de la programación local en salud conforme el perfil epidemiológico de cada área de influencia de los centros.

El testimonio de los referentes gremiales y de algunos profesionales que trabajan en los CAP coinciden en que la salida al barrio es escasa. Las trabajadoras

sociales que se desempeñan en los centros se abocan principalmente a tareas administrativas (confección de expedientes), no existe –en la práctica– la figura de promotor comunitario y no hay recursos humanos suficientes para sostener una estrategia de acercamiento a la comunidad. Los operativos más relevantes que se realizan son con motivo de campañas de vacunación.

Al igual que lo que sucede en los efectores de atención primaria en otros municipios del GBA, en los CAP y postas sanitarias de San Fernando encontramos una dotación de recursos humanos con características disímiles en cuanto a su encuadre laboral, dedicación y salario. Según información provista por el municipio⁴⁷, sobre un total de 182 profesionales que estaban asignados a los centros de salud, el 87,9% era municipal, el 8,8% provincial y el 3,3% médicos comunitarios. La dependencia preponderante variaba según la especialidad: había una mayor presencia de empleados (de planta o temporarios) municipales en clínica médica, odontología, ginecología (90% en cada caso) y psicología (86%). Por su parte, es municipal la totalidad del personal de limpieza y de los trabajadores sociales y casi la totalidad de enfermeras y administrativos (97%). El porcentaje de empleados municipales resulta menor entre los pediatras (65%) y las parteras (38%).

Las diferentes inserciones laborales de los recursos humanos en el sector salud remiten a dispares condiciones en cuanto a responsabilidades y beneficios percibidos. Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, en la dedicación horaria de cada una de estas modalidades de contratación. Así, mientras que los médicos municipales pueden cubrir de 16 a 30 horas, los provinciales cubren de 36 a 44 horas, los médicos comunitarios 21 horas y los becarios del Plan Nacional de Salud, 12 horas.

El plantel de médicos municipales estaba conformado, en 2007, por unos pocos profesionales de planta permanente (los que tienen mayor antigüedad) y aquellos que son contratados temporarios. Algunos de los testimonios relevados para este estudio dan cuenta de la precariedad de estas contrataciones, que suponen facturar servicios por una determinada carga horaria, que se cumple de forma repartida en diferentes CAP. La existencia de estos “médicos ómnibus” tiene implicancias para la gestión y también para la atención, en la medida en que se mencionó que genera un menor compromiso con la tarea y atenta contra la conformación de equipos estables de trabajo.

“La municipalidad lo que está haciendo es contratar profesionales con un sueldo promedio que son 1.200 pesos, una cosa así. Por ahí le dan 20 horas

⁴⁷ Entrevista a alto funcionario municipal del área de salud, marzo de 2010.

de trabajo, pero repartido en distintos lugares. Es un contrato a destajo, donde no lo vincula supuestamente nada con el municipio, no tienen nada, ART no tienen, tienen que pagarse jubilación, matrícula, no tienen aportes, pero lo hacen...”. (Entrevista a representante gremial, marzo de 2010).

El hecho de que algunos de los profesionales que se desempeñan en los centros reporten a la provincia se relaciona con las características peculiares que el proceso de descentralización tuvo en San Fernando: en este marco, el municipio aceptó responsabilizarse por la administración de los centros, la compra de insumos y la provisión de medicamentos, en la medida en que la provincia siguiera haciéndose cargo del pago de los sueldos hasta que los profesionales renunciaran o se jubilaran. Esto genera situaciones dispares en el funcionamiento de los centros, ya que los médicos provinciales tienen beneficios (licencias, vacaciones) de las que no gozan los municipales, aunque todos trabajen en el mismo CAP. Por su parte, el control sobre estos profesionales es mixto: el municipio (a través del director del centro de salud) avala a fin de mes su presentismo, pero si tiene parte de enfermo, el trámite se hace ante la provincia y es esta instancia la que debe chequear la situación.

Una de las principales deficiencias advertidas en relación con los recursos humanos es la falta de profesionales en los centros.⁴⁸ Los bajos salarios generan renuncias frecuentes y dificultades para cubrir puestos vacantes (los salarios resultan poco competitivos en comparación con los de otros municipios).

El refuerzo y la ampliación de la red de prestaciones imponen la necesidad de ampliar aún más la dotación de profesionales por parte del municipio, a fin de poder cubrir las necesidades que fueron surgiendo en los distintos servicios de los centros de salud. Sin embargo, al momento de hacer este estudio, había dificultades para cubrir algunos de los puestos vacantes, a pesar de los concursos realizados reiteradamente por el municipio. Esto se atribuía a dos cuestiones: la supresión de la carrera médica (en 2005) y la pérdida del poder adquisitivo del salario municipal.

Respecto de lo primero, merece señalarse que, a diferencia de otros partidos de la Región Sanitaria V, los profesionales del sector están sujetos a un sistema municipal de escalafones profesionales, en lugar de encontrarse incorporados a una carrera médica hospitalaria. Inicialmente, la situación de los profesionales se

⁴⁸ Como antecedentes de esta problemática, interesa destacar que, según fue relatado en una de las entrevistas, a mediados de los años ochenta se estableció la incompatibilidad entre cargos provinciales y municipales, de forma tal que muchos profesionales optaron por sus cargos en el hospital, mermando la planta municipal.

encuadraba en la carrera provincial fijada por la Ley 10.471, de forma tal que a igual trabajo, les correspondía la misma remuneración que a los empleados del hospital (provincial). Luego, hubo un momento de transición durante el cual se armó la carrera sanitaria municipal, que conservaba aspectos de la Ley 10.471 pero omitía algunos beneficios (como vacaciones por estrés). Finalmente, a mediados de 2000, se estableció el escalafón profesional, lo que generó fuertes resistencias gremiales. Los cuestionamientos que se le hacen desde la Asociación de Médicos de San Fernando apuntan a que se ubica a todos los profesionales en categorías demasiado homogéneas (por ejemplo, nunca se pagó un diferencial por la función de director) y que los sueldos que se pagan según este escalafón no resultan suficientemente atractivos para quienes quieren desempeñarse en la atención primaria.

“No hay carrera médica, hay un escalafón municipal a través del cual todos son profesionales. Por ejemplo, vos sos licenciada en economía y estás en el escalafón B3, como está el médico, la licenciada en servicio social, el abogado, el arquitecto o el ingeniero... Cosa que critica habitualmente la mayoría del personal de salud y de los colegios de médicos”. (Alto funcionario municipal, marzo de 2010).

Por otro lado, San Fernando estaría en desventaja respecto de otros municipios vecinos donde, a pesar de que los sueldos se sitúan por debajo del básico, compensan el salario de bolsillo con porcentajes más elevados por antigüedad y otros adicionales. Sumado a esto, las nuevas contrataciones han generado tensiones entre las asociaciones médicas gremiales locales y las autoridades de la Secretaría de Salud, en la medida en que las primeras consideran que estas contemplan modalidades de trabajo muy diferentes a las tradicionalmente implicadas entre los profesionales de planta.

Si bien el Programa nacional Médicos Comunitarios está orientado a paliar esta situación, su aporte es menor, considerado dentro del marco de la estructura general de recursos humanos. Además, según fue informado por algunos de los referentes consultados, no resultaría una modalidad atractiva para los profesionales médicos, que no aceptan esta modalidad o rechazan la renovación de las becas.⁴⁹

⁴⁹ De acuerdo con el testimonio de un alto funcionario municipal, quienes se presentaron a una convocatoria realizada por el municipio para Médicos Comunitarios argumentaban que el sueldo ofrecido resultaba escaso o bien excesiva la dedicación horaria (en ese momento, \$2.500 por 36 horas, dato que el propio entrevistado comparó con los \$1.000 que podía llegar a pagarse por una guardia de 24 horas).

El ausentismo de profesionales en los CAP alcanzaría el 20% para los médicos, aunque presenta variaciones por centros.⁵⁰ De acuerdo con algunos testimonios, esto estaría asociado a la disconformidad salarial. A pesar de los avances logrados para optimizar la utilización de los recursos disponibles a través de la asignación telefónica de turnos, este sigue siendo un motivo de preocupación. Al respecto, se debe tener en cuenta que la disponibilidad de horarios generada por las ausencias de los pacientes no se llega a cubrir en todos los casos con la demanda espontánea, existiendo brechas considerables entre centros y entre profesionales. Para hacer frente a este problema, las autoridades municipales estaban considerando la posibilidad de contratar profesionales que facturaran por consultas realizadas, quienes serían destinados a los CAP más importantes.

Otra iniciativa puesta en marcha, relacionada con la gestión de los recursos humanos, ha sido el Lector de Huellas para el ingreso y egreso del personal en los centros. Inaugurado en 2007, este mecanismo permite monitorear el cumplimiento de los horarios por parte del personal.

En cuanto a los recursos financieros que sostienen al subsector público en este municipio, los fondos provienen del presupuesto municipal y del provincial.⁵¹ La inversión municipal resulta muy elevada en comparación con la de otros partidos del GBA, principalmente si se considera que el gobierno local tiene a su cargo una cantidad reducida de plazas de internación. En 2005, se destinaba a la política sanitaria un 18,9% del gasto total del municipio, y esta proporción fue del 17,3% al año siguiente (Chiara *et ál.*, 2010: 51).

Si se considera la evolución de los recursos destinados a salud, también se hace evidente el esfuerzo realizado por el gobierno municipal y el lugar de prioridad que estas acciones ocupan en su agenda. En 2007, el gasto anual municipal en la finalidad salud superaba los 21 millones de pesos y mostraba un incremento del orden del 286% respecto de la inversión realizada en 2001. La magnitud de este aumento resulta superior a la que se registra tanto en el caso de los partidos del GBA (99,50% de incremento en su gasto en salud entre 2001 y 2007) como para el total provincial (111,45%, variación 2002/2006). (Chiara *et ál.*, 2010: 50).

⁵⁰ Dato citado en entrevista a alto funcionario municipal, junio de 2008.

⁵¹ La Ley Provincial 10.820, de agosto de 1989, fijó los criterios de asignación secundaria de los recursos. Esta ley mantuvo los criterios establecidos en la Ley 10.559 (de 1987) y agregó otros destinados a contemplar las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud. Para profundizar sobre esto, ver capítulo 3.

Cuadro 5.2: Evolución del gasto municipal anual en finalidad salud en San Fernando, Gran Buenos Aires y total provincia de Buenos Aires, 2001/2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variación 2001/2007
San Fernando	5.580.681	4.369.717	5.541.735	S/D	10.922.539	13.955.738	21.572.707	286%
Gran Buenos Aires	366.257.374	357.146.056	408.787.942	S/D	554.793.956	712.514.620	90.2058.480	146%
Provincia de Buenos Aires	S/D	667.500.000	782.800.000	913.400.000	1.111.800.000	1.411.400.000	S/D	S/D

Fuente: Chiara *et ál.*, 2010.

Por su parte, el aporte recibido por vía de la coparticipación representaba solo el 24% del gasto total realizado por San Fernando en la finalidad salud. Este valor resulta muy inferior no solo respecto de otros municipios de la región del GBA⁵² sino también del promedio provincial (67%).⁵³ (Chiara *et ál.*, 2010: 55).

Si se considera la evolución de las transferencias en concepto de coparticipación en salud por habitante, se puede observar que el valor que este indicador presentaba en 2005 en San Fernando (\$28,28/habitante) era algo inferior al promedio de los partidos del GBA (\$32,30/habitante), pero mucho

⁵² San Fernando se encuentra entre los tres municipios con valores más bajos, solo superado por Tres de Febrero y Ezeiza.

⁵³ Merece notarse que San Fernando recibe recursos en concepto de “consultas” y “establecimientos sin internación”, así como también (aunque acotado a la escala y nivel de complejidad existente) por aquellos establecimientos localizados en las islas (“egresos”, “pacientes día” y “producto resultante”).

menor que el promedio provincial (\$52,93/habitante). Si bien en los tres casos el monto de la transferencia presenta un punto de inflexión en el año 2002, el incremento fue proporcionalmente menor en el caso del municipio analizado⁵⁴ (Chiara *et ál.*, 2010: 52). Esta tendencia a situarse por debajo del promedio regional se repite si se considera la transferencia por habitante sin cobertura de salud, que en 2005 era de \$59,28 en el caso de San Fernando y de \$62,7 para el promedio del GBA (Chiara *et ál.*, 2010: 54).

Finalmente, si aislamos para el análisis los componentes de las transferencias que se vinculan con las prestaciones del primer nivel de atención (consultas y establecimientos sin internación)⁵⁵, los valores hallados en 2005 para San Fernando (\$17,6/habitante) resultan levemente superiores a los del promedio del GBA (\$16,2/habitante). La misma tendencia muestran las transferencias por habitante sin cobertura de salud (\$35,77 para el municipio y \$31,47 para el promedio del GBA). (Chiara *et ál.*, 2010: 55).

Cabe recordar que en este municipio no existe sistema de cobro para la atención⁵⁶, con excepción de lo que se factura a las obras sociales y empresas de medicina prepaga. Al momento de finalizar el trabajo de campo para este estudio, se había aprobado una ordenanza que habilitaba la facturación y conformaba un Fondo de Redistribución Solidaria destinado a la atención de la salud en áreas prioritarias (25%), mantenimiento de los CAP (50%) y distribución mensual entre el personal (25%). (Chiara *et ál.*, 2010: 40).

El análisis del financiamiento de las políticas de salud en San Fernando pone de manifiesto el alto grado de autonomía presupuestaria (o, en otros términos, baja dependencia de los fondos provinciales) para el desarrollo de las iniciativas locales. Este rasgo es concordante y a la vez potencia la capacidad autonómica mostrada por el municipio a lo largo de su historia, reforzada luego de la crisis de comienzos de la década pasada.

⁵⁴ Debe notarse que en el caso de algunos municipios, el aumento en la cantidad de camas en establecimientos municipales con internación, junto con el cambio en el nivel de complejidad de alguno de ellos, motivó un notable aumento en las transferencias por habitante.

⁵⁵ A pesar del esfuerzo por aislar la incidencia de la presencia o ausencia del hospital municipal, debe advertirse que el componente “consultas” está todavía influido por este factor, ya que se verifica que los promedios más altos se encuentran en las transferencias a municipios con establecimientos con internación bajo su jurisdicción.

⁵⁶ Según los resultados de la encuesta realizada en el marco de este estudio, una cantidad ínfima de los encuestados (menos del 4%) dice haber pagado para ser atendido en un centro de salud de este municipio.

VI. Una relectura del “Modelo San Fernando”

Retomando los diferentes atributos del régimen de implementación (desarrollados en el capítulo 3), vamos a repasar ahora cómo se dan cada una de sus dimensiones (política, funcional, material) en el caso concreto del municipio de San Fernando.

En lo que refiere a la *dimensión política*, interesa rescatar lo concerniente a la dinámica de relaciones intergubernamentales influida por la crisis desde (y en torno a) la cual se constituye el lugar del municipio en la definición de la política sanitaria.

El caso de San Fernando plantea algunos matices en relación con el papel jugado por la crisis (y el posterior proceso de salida) en cuanto generador de un margen de acción autonómica en el diseño y en la implementación de políticas por parte de los municipios. Esto, debido a que –como fue relatado en las páginas anteriores– el proceso que en este municipio se puede asociar al logro de crecientes niveles de autonomía es de larga data. Inciden en esto no solo la historia centenaria del propio municipio sino también el activo rol que los actores locales han tenido en la conformación del primer nivel de atención y en la demanda y primeros tramos en el funcionamiento del segundo nivel.

Es por eso que, si bien la crisis tuvo incidencia en este municipio –reconfigurando escenarios, potenciando demandas– su efecto no se tradujo en una radical reconfiguración en las orientaciones de política. Más bien, confirmó a los actores locales la relevancia de continuar (y potenciar) lo que se venía desarrollando: la atención primaria.

Fue esta la estrategia seguida por diversos motivos. En parte, por los antecedentes históricos de este municipio. También, debido a que subyace una concepción de la política sanitaria ligada al desarrollo general de la ciudadanía, de tal forma que la salud aparece ligada a otros campos de la política pública, como es la provisión de infraestructura social. Finalmente, en la medida en que se pensó en los centros de atención primaria y en las postas sanitarias como espacios de articulación y derivación con otras reparticiones gubernamentales. La novedad de estos últimos años estuvo dada por el carácter innovador de las herramientas que fueron puestas en marcha para fortalecer el primer nivel de atención.

A su vez, el histórico margen de acción autónoma por parte de este municipio se ve reforzado por otros dos elementos: por un lado, su baja dependencia de los recursos provenientes de la coparticipación provincial. Por otro, el rol

central que ostenta en la escena local de actores con injerencia en el campo de la salud. Su protagonismo se ve potenciado, a su vez, por la marcada continuidad política de quienes están al frente del Gobierno.

En lo que concierne a la relación con otros niveles de gobierno, la experiencia aquí analizada abona la hipótesis del debilitamiento del actor provincial en el territorio así como también del desdibujamiento de las instancias intermedias de gestión. En particular, respecto de esto último, la región sanitaria es vista desde su costado administrativo, sin llegar a conformarse como un actor con capacidad suficiente para cumplir las funciones de planificación estratégica, dirección, supervisión, coordinación y evaluación que les son formalmente atribuidas.

En relación con la *dimensión funcional*, nos ha interesado indagar respecto del esquema de distribución de competencias en salud y la división de funciones que opera a través de los programas nacionales y provinciales. Entre otras cuestiones, este aspecto nos remite a la historia reciente del proceso de descentralización en el sector, que encuentra uno de sus hitos más relevantes en la transferencia a los municipios de las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan Doctor Javier Francisco Muñiz (Ley Provincial 11.554/94). Tal como se ha explicado anteriormente (ver capítulo 3), este proceso operó sobre un punto de partida heterogéneo en los diferentes municipios, así como también fue disímil su devenir posterior en cuanto a la manera en que se fueron definiendo y resolviendo los problemas.

El caso de San Fernando, en particular, ilustra la situación de un municipio que logró hacer valer sus requisitos, de forma tal que el proceso derivó en un resultado negociado (centros de salud administrados desde el municipio pero recursos humanos financiados –hasta cierto momento– por la provincia). Esta situación pone en evidencia, por un lado, cierta autonomía del municipio y capacidad para imponer condiciones al momento de la transferencia. Sin embargo, el equilibrio alcanzado deriva en una situación en la cual el municipio ve limitado –en parte– su margen de acción para incidir sobre parte de los recursos humanos que se desempeñan en la atención primaria.

Merece destacarse, en este punto, que el caso de San Fernando también plantea una situación particular en la medida en que el único efector del segundo nivel que se encuentra en su territorio continental depende de la provincia. Esta particular conformación del esquema prestacional genera ciertas limitaciones a la política sanitaria local (hay un nivel de prestaciones que el municipio no puede garantizar), refuerza su orientación hacia la atención primaria, a la vez

que pone en foco la relevancia de las relaciones intergubernamentales, sus orientaciones y dispositivos.

Las estrategias desplegadas hasta el momento parecen haber permitido hacer frente de manera bastante satisfactoria al desafío de la coordinación entre niveles de gobierno, que en este caso también es articulación entre niveles de atención. El patrón de uso de los servicios por parte de los vecinos del municipio muestra no solo la preeminencia de la atención primaria como puerta de entrada al sistema, sino también la implementación con aceptables niveles de eficacia de mecanismos de referencia y contrarreferencia. Estas observaciones cobran particular relevancia si se considera que este sistema de salud presenta una marcada impronta hacia la universalización: no solo acceden y hacen uso efectivo de sus prestaciones los grupos más desfavorecidos o que carecen de cobertura.

La presencia del Gobierno nacional, en la arena local, está dada por la llegada de programas sanitarios, pero también de urbanización (recordemos que en San Fernando el abordaje que se hace de la salud considera una perspectiva muy amplia). La provincia, por su parte, aparece en su rol de administradora del hospital y también como “nexo” en el caso de algunos programas que llegan a territorio, como por ejemplo el Programa Materno Infantil. Desde la perspectiva del municipio, la llegada de programas nacionales o provinciales es entendida como “recursos estratégicos” que pueden poner a disposición de sus propias políticas, asignándolos o ubicándolos de la manera que mejor resulte. Cabe mencionar, no obstante, que en determinadas circunstancias una mirada desde la microimplementación nos hace advertir que la yuxtaposición entre las políticas e iniciativas municipales y los programas nacionales o provinciales puede desembocar en resultados no del todo satisfactorios (y hasta paradójicos, si tenemos en cuenta lo que sucede con la política de medicamentos).

Finalmente, en la *dimensión material*, nos ha interesado indagar acerca de los incentivos que suponen las reglas de juego para la asignación de los recursos en salud, en el entendimiento de que una de las principales variables que incide en el proceso de autonomización de los espacios locales está dada por la disponibilidad de recursos para dar respuesta a las demandas de la población.

Al respecto, resulta interesante notar que, a diferencia de lo ocurrido en otros casos, ha sido nula la incidencia de las reglas de juego presentes en la distribución secundaria de la coparticipación provincial, entendida como incentivo que podría llegar a moldear la estructura sanitaria local. Por su parte, las posibilidades de financiamiento que abre la reforma del INSSJP/PAMI

tampoco han tenido impacto en este municipio, cuyo único hospital en el área continental depende del gobierno provincial.

Es sabido que los procesos de descentralización en el sector salud impactaron sobre las estructuras y políticas municipales. También lo es el hecho de que la crisis de los años 2001/03 ha tenido efectos notables respecto de las estrategias y la propia configuración de los sistemas de salud a nivel local. No obstante, el caso analizado en este capítulo plantea algunos matices respecto de esas afirmaciones. Si el sistema de salud en San Fernando se caracteriza por su alto grado de autonomía, esto no parece deberse tanto a las consecuencias de la crisis, sino más bien al lento devenir histórico de un municipio que ya supera los 200 años de existencia. En otras palabras, lo que este caso deja en claro es que la crisis no marcó un punto de ruptura: en todo caso, contribuyó a cristalizar y sostener un proceso que ya venía en marcha.

Y, en este sentido, el caso de San Fernando abona otro de nuestros planteos iniciales: no resulta atinado referirse al nivel local en salud en el GBA como un escenario regional con atributos comunes, sino que es mucho más pertinente hablar de distintos escenarios locales, configurados tanto por las características de la demanda como por su propia capacidad de respuesta.

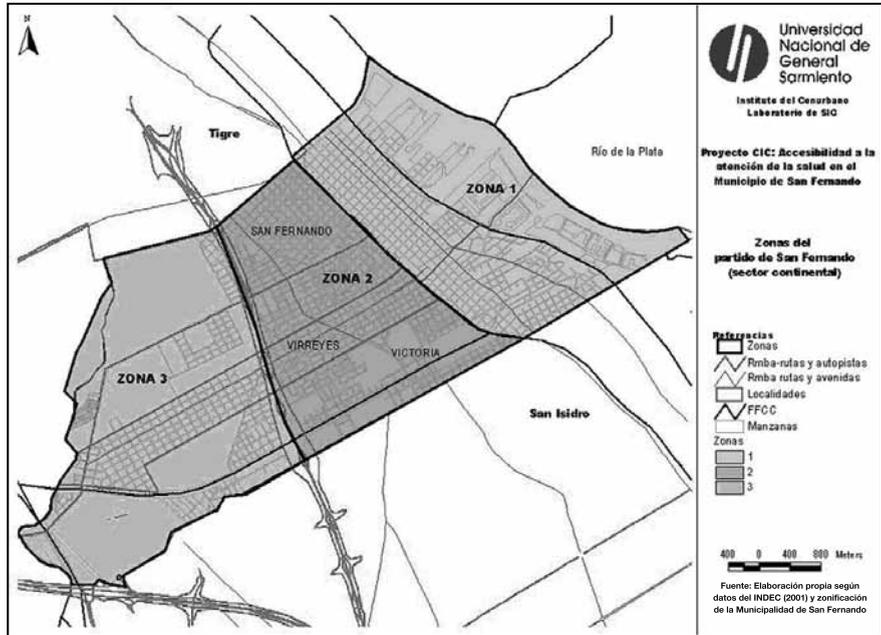
Bibliografía

- Aguilera, G.; Amieiro, M. E. y Gómez, S. (2008) “Presentación del Municipio de San Fernando”. En: Bertin, F.; Flores, W. y Hardoy, A. (comp.) *La inequidad en la salud. Hacia un abordaje integral*. IIED-América Latina Publicaciones.
- Almansi, F.; Clemente, A. y Urquiza, G. (2004) “Autonomía y gestión de gobierno municipal. El caso de la Municipalidad de San Fernando”. En Clemente, A. y Smulovitz, C. (comp.) *Descentralización, políticas sociales y participación democrática en Argentina*, IIED-AL y Woodrow Wilson Center. Buenos Aires.
- Bennardis, A. (1998) “El municipio del Conurbano Bonaerense. Desafíos y perspectivas. Análisis comparado”. Tesis para la Maestría en Administración Pública, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Miraglia, M. (2008) “Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires”. En: Chiara, M.; Di Virgilio, M. M.; Medina, A. y Miraglia, M. (Organizadores) *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*, UNGS, Buenos Aires.

- Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009) “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas”. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (comp.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. M. (2010) “Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando”. Instituto del Conurbano, UNGS, Buenos Aires.
- Di Pace, M. (1994) “Diagnóstico ambiental del municipio de San Fernando”. En: *Medio Ambiente y Urbanización*, año 12, n.º 47/48. IIED-AL, Buenos Aires.
- Di Virgilio, M. M. y Ariovich, A. (2010) “La autonomía como dinámica para la conformación y organización del sistema de salud local”. Mimeo.
- Di Virgilio, M. M. y Canel, M. M. (2008) “Los contenidos de la agenda local en salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina”. En: Espinosa, B. y Waters, W. (editores) *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, FLACSO/Ministerio de Cultura, Quito, Ecuador.
- INDEC (2011) “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: total del país, resultados provisionales”, serie A, n.º 1, disponible en la página web del INDEC.
- Otero, M. A. (1997) “Sistema de control ambiental, zonificación y uso del suelo. Municipio de San Fernando”. Informe final. Programa de Desarrollo Institucional Ambiental. Secretaría de Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable de la Municipalidad de San Fernando. San Fernando. Buenos Aires. Mimeo.
- Segura Salas, H. (2001) “Historia de San Fernando Oeste”. Programa de Historia Integral. Municipalidad de San Fernando. Buenos Aires.
- Tobar, F. (2000) “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo.
- Unidad Municipal de Estadísticas y Censos (UMEC), (2010) “Resultados generales ESDE San Fernando 2009”. Disponible en la página web del Municipio de San Fernando: <http://www.sanfernando.gov.ar/tipo1.asp?IdSeccion=21&IdContenido=983>.

Anexo

Mapa 5.1: Zonificación del partido de San Fernando



Fuente: Chiara *et al.*, 2010.

Capítulo 6

La atención desde la urdimbre de los servicios locales: un contrapunto entre los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando*

Ana Ariovich y Carlos Jiménez (ICO/UNGS)

Presentación

La implementación, como perspectiva, revela los modos y condiciones bajo las cuales la política pública “vuelve a construirse” en la práctica. Los casos analizados en este libro –tal como se han venido presentando– ponen en evidencia aspectos muy diferentes en el nivel macroinstitucional de la política sanitaria local: en la oferta de servicios, en las condiciones de acceso a la atención, en los beneficiarios que construyen, en los modos de gestión de sus recursos y en los esquemas de financiamiento.

Reconstruidas las condiciones y atributos de la política local en los casos analizados, Malvinas Argentinas y San Fernando (Gran Buenos Aires), la investigación se preguntó si estos atributos diferenciales imprimían algún sesgo particular en la atención de la salud en el nivel de los servicios que –en la perspectiva de Berman (1996)– constituirían el nivel de la microimplementación¹ de la política sanitaria.

* Este capítulo está realizado sobre la base de los documentos de trabajo: Ariovich (2010) y Jiménez (2010). Además, recupera el análisis preliminar: “Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando”, realizado para ese partido (Chiara *et al.*, 2010).

¹ Siguiendo a Berman (1996), definimos a la microimplementación de las políticas como el proceso concreto de prestación de servicios para una población determinada, llevado a cabo por

En el contexto general de esta pregunta, en este capítulo analizamos y comparamos las dinámicas que asumen los procesos de atención² de la salud en los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando, con el propósito de observar cómo se expresan las orientaciones generales de sus políticas sanitarias en los servicios locales.

Entendiendo a la atención como aquella zona de interface que se constituye en la interacción entre los usuarios y los servicios, ponemos especial énfasis en las condiciones que definen la “accesibilidad” de la población a los centros de salud del primer nivel –en cuanto espacios de “proximidad” con el territorio– y en la “integralidad” que exhibe la atención en estos efectores. También analizamos la “capacidad de inclusión” y de “coordinación” que ofrecen los sistemas de salud del subsector público en los casos analizados.

Con estos objetivos, recuperamos los resultados de una encuesta a hogares realizada entre mediados del año 2008 y mediados del año 2009³ de ambos municipios, sobre una base muestral representativa.⁴ Cabe resaltar que la misma solo incluyó a los hogares en los cuales se encontró la presencia de por lo menos un niño menor de 6 años, y/o un discapacitado,

organizaciones y agentes locales con sus propios patrones particulares de gestión y rendimiento. Para un desarrollo mayor, ver capítulo 1 de este libro.

² Retomando aportes como el de Tobar (2000), la política sanitaria puede ser analizada aludiendo a tres niveles que se encuentran imbricados: el de la atención, el de la gestión y el del financiamiento. Mientras que el primer nivel concierne a la cantidad y calidad de servicios que se ofrecen a la población y el segundo da cuenta de cómo se organiza la asignación de esas prestaciones, el tercero involucra todas las cuestiones referidas a la designación y adjudicación de recursos necesarios para llevar adelante la oferta sanitaria. Un desarrollo mayor puede encontrarse en el capítulo 1 de este libro.

³ La encuesta tomó como unidad de análisis al “hogar”, considerando que este se constituye por todos los integrantes que habitan bajo el mismo techo en un régimen de tipo familiar compartiendo sus gastos de alimentación.

⁴ En Malvinas Argentinas, la encuesta se realizó en una muestra construida a partir de las fracciones y los radios censales, sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente los 400 casos (20 en cada radio censal). En el caso de San Fernando se efectuó a partir de una muestra probabilística, acotada al territorio continental. En este caso, los hogares contemplados en la construcción de la muestra fueron aquellos que ya habían sido estudiados previamente en la Encuesta Sociodemográfica y Económica de San Fernando del año 2007 (ESDE), sobrerrepresentándose a la población sin cobertura de acuerdo a la distinción de tres zonas territoriales establecidas en la ESDE (para ver esta distinción se puede consultar el capítulo 5).

y/o un enfermo crónico, con la intención de capturar aquellos hogares que potencialmente hacen un mayor uso de los servicios de salud.⁵

El relevamiento estuvo focalizado en las especialidades de ginecología/obstetricia, pediatría, adolescencia, clínica y atención de la tercera edad, dado el interés por analizar los servicios básicos comprendidos en el primer nivel de atención. A los efectos de reconstruir las condiciones de vida en las que las prácticas de la atención tienen lugar, se relevó información sobre atributos de los hogares, como la presencia o ausencia de pobreza estructural, la posesión o carencia de cobertura médica, y el máximo nivel educativo alcanzado por sus miembros; esta última nos permitió, posteriormente, construir la variable “clima educativo” (entendida como el promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más⁶) que resultó clave para analizar las condiciones de acceso en su dimensión simbólica y cultural.

En forma complementaria a los resultados de la encuesta, recuperamos la perspectiva de los profesionales de los centros de salud municipales, a través de un conjunto de entrevistas en profundidad a coordinadores, pediatras, clínicos, ginecólogos/obstetras y enfermeros, realizadas a comienzos del 2009. La triangulación de estas fuentes, nos permitió poner en tensión y comparar perspectivas no siempre convergentes sobre los procesos de atención de la salud.

El capítulo está organizado en cuatro secciones. En una primera parte presentamos una caracterización muy sintética de los principales rasgos de la estructura sanitaria y de la política local en los dos casos bajo estudio. El apartado siguiente da cuenta de las coordenadas conceptuales desde las cuales abordamos el análisis de la atención de la salud profundizando las enunciaciones realizadas en el capítulo 1 de este libro y considerando a la atención como la interface que se constituye entre la oferta de los servicios y las estrategias de la población. En la tercera sección, recuperamos la perspectiva de los hogares y de los propios equipos de salud para dar cuenta de las dinámicas que expresan los procesos de atención en ambos

⁵ Asimismo, dentro de cada hogar escogido, se tomó como “respondente” al adulto autoidentificado como el responsable de la atención de las cuestiones vinculadas a la salud de los miembros de la familia.

⁶ Se consideró como *clima educativo bajo* a los hogares que presentaban hasta 6.9 años de promedio de escolaridad, como *clima educativo medio* a aquellos que poseían entre 7 y 10 años de promedio de escolaridad, y como *clima educativo alto* cuando contaban con más de 10 años de promedio.

municipios, poniendo el foco en los servicios que componen el primer nivel. Por último, referimos a las principales contribuciones de nuestro trabajo en el apartado final.

Si bien en este capítulo incluimos una serie de cuadros, que sintetizan los resultados de la encuesta que consideramos más relevantes, el capítulo finaliza con un conjunto de cuadros anexos que permitirán al lector ahondar en las interpretaciones, así como matizar las conclusiones aquí presentadas.

I. Las coordenadas del contexto de la atención

Antes de analizar y comparar las dinámicas que asumen los procesos de atención en ambos municipios, realizaremos una breve aproximación a las particularidades de los dos partidos estudiados y a las principales características de su estructura y de la política sanitaria local.

San Fernando⁷ se encuentra localizado en la zona noroeste del conurbano bonaerense, y presenta una población con características sociodemográficas y sociosanitarias similares a las que encontramos para el conjunto del Gran Buenos Aires, aunque con fuertes disparidades al interior de su territorio.

Con la excepción de algunas áreas ubicadas en el sector oeste, el territorio municipal se encuentra completamente urbanizado. En las últimas décadas, desde las diferentes secretarías del gobierno municipal, se han impulsado numerosas acciones tendientes a territorializar la acción sanitaria a expensas de generar nuevas y mejores capacidades de gestión en las áreas del gobierno local.⁸

Este municipio ofrece una red de servicios sanitarios conformada por 7 efectores con internación (4 bajo la órbita del subsector público y 3 del subsector privado) y 25 sin internación, en su mayoría (22) correspondien-

⁷ Actualmente, el municipio de San Fernando posee 163.240 habitantes (INDEC, 2010). De acuerdo con los últimos datos disponibles para indicadores socioeconómicos, el partido presentaba hacia el 2001 un 15,5% de población con NBI, porcentaje apenas un punto y medio inferior al que presentaba el promedio de la región (INDEC, 2001). Según estos mismos datos censales, el 49,2% de la población no disponía de cobertura de salud (un 3% menor que el promedio que expresaba el conurbano bonaerense), y una tasa de mortalidad infantil bastante elevada con respecto al promedio del Gran Buenos Aires: 19,8 puntos versus 15,8.

⁸ Un desarrollo del derrotero de la política local y de sus distintos instrumentos se presenta en el capítulo 5 de este libro.

tes al subsector público. La dotación de efectores públicos corresponde a las dos jurisdicciones (provincia y municipio), quienes se distribuyen la responsabilidad en la gestión del sistema: la provincia, a cargo del único establecimiento público con internación en el continente, y el municipio a cargo de los 18 centros de salud y las 4 postas sanitarias distribuidas en el territorio continental.⁹

Con relación a los principales lineamientos de la política sanitaria, cabe señalar que el gobierno local busca mejorar las condiciones de salud de la población residente a partir de una serie de intervenciones integrales, desde las cuales se contempla también un mejoramiento del espacio urbano. El municipio articula con este objetivo distintos programas de reordenamiento urbano (servicios urbanos básicos y regularización, especialmente en asentamientos irregulares) con la política de salud, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud que basa sus acciones en el fortalecimiento de la atención primaria en los centros de salud (Di Virgilio *et ál.*, 2010).¹⁰

Este fortalecimiento del primer nivel contempla un conjunto de iniciativas orientadas a mejorar la accesibilidad de la población a los centros de salud y la eficiencia en la dinámica de la atención. Si bien estos efectores se encuentran abiertos a la atención de la demanda espontánea –proveniente del municipio o de partidos vecinos– se instrumentaron un conjunto de dispositivos innovadores, como el Fonoturno en el año 2007, para organizar los turnos de forma centralizada desde la Secretaría de Salud y para llevar adelante un registro de los recursos humanos involucrados en la atención.

Por otro lado, se desarrolló el sistema municipal de emergencias médicas San Fernando Salud –desde agosto de 1998–, que junto a la oficina de referencia y contrarreferencia (Oficina 5) posteriormente se constituyeron en mecanismos innovadores de la política sanitaria local para mejorar la accesibilidad.

Finalmente, un conjunto de programas orientados a distintos grupos etarios y a diferentes problemáticas sanitarias, tanto verticales como muni-

⁹ Para más detalles ver capítulo 5.

¹⁰ Cabe destacar que esta especialización en torno a la atención en el primer nivel es en realidad resultado de un largo proceso histórico de intervenciones sanitarias por parte del municipio sobre el territorio, que acompañaron el proceso de consolidación y urbanización del partido (Seguro Salas *et ál.*, 2001).

cipales, son desarrollados desde el primer nivel de atención.¹¹ A partir del año 2006, también la prevención de adicciones es activamente impulsada desde el gobierno municipal. Al respecto, se desarrollan una serie de tareas que conllevan tanto un trabajo sobre la atención de los consumidores como un refuerzo del control sobre la venta de alcohol y drogas.

El segundo de los casos analizados en esta investigación, Malvinas Argentinas, se encuentra ubicado en la zona noroeste del Gran Buenos Aires, y fue creado a mediados de la década de los noventa como resultado de la división del ex partido de General Sarmiento.¹²

Con una inusitada capacidad para generar iniciativas y aprovechar las condiciones del contexto, el gobierno municipal de Malvinas Argentinas logró, en menos de quince años, ampliar exponencialmente su estructura sanitaria: crece de 24 a 36 centros de atención primaria de la salud, y de 54 a 501 camas (año 2007) ubicadas en cinco establecimientos, que progresivamente fueron adquiriendo mayor complejidad.¹³

Entre las distintas iniciativas que se desarrollan en los establecimientos del primer nivel de atención se destaca el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud ‘Pueblo Chico’, creado en el año 2003 con el propósito de facilitar el acceso a los distintos niveles de complejidad tomando como eje del sistema al médico de familia (Ordenanza Municipal 622/2003). Este profesional es responsable de evaluar consultas por sí mismo o bien determinar la necesidad de realizar estudios complementarios, interconsultas con otros especialistas o proceder a la atención programada. En los términos de nuestra investigación, el Programa Pueblo Chico ejerce una función clave como dispositivo de “puerta de entrada” al sistema.

Los grupos materno-infantiles, a través del Subprograma de Pediatría (PIBE) que atiende a niños entre 30 días y 14 años, y el Subprograma de

¹¹ En especial, el cuidado de la salud materno-infantil es fuertemente promovida, y se implementa fundamentalmente a través de tres importantes herramientas: el Programa nacional Plan Nacer (por fuera del período bajo estudio), el Programa provincial Materno Infantil y la Comisión de Investigación en Mortalidad Infantil, de carácter municipal.

¹² Según los datos del último Censo Nacional de Población y vivienda, Malvinas Argentinas presenta una población total de 322.375 habitantes (INDEC, 2010). Para el año 2001, un 22,9% de la población se encontraba viviendo en hogares con NBI (valores bastante más críticos que los promedios que expresaba el Gran Buenos Aires); en términos sanitarios, la mortalidad infantil en el año 2001 estaba en torno al promedio de los municipios de la segunda corona, con una tasa del 16,6‰ (INDEC, 2001).

¹³ Un desarrollo del derrotero de la política local y de sus distintos instrumentos se presenta en el capítulo 4 de este libro.

Salud Materno Infantil (Mamá Mía) orientado a la salud de las embarazadas y el recién nacido, son los *beneficiarios privilegiados* del Programa Pueblo Chico, cuyas prestaciones alcanzan a centros de salud y hospitales.

El análisis de la política local y su vocación por trascender los límites del partido, tal como se argumenta en extenso en el desarrollo del nivel macroinstitucional, ponen en evidencia la existencia de dos tipos de beneficiarios del sistema sanitario local. Por una parte, la población residente en Malvinas Argentinas, para quienes estaba destinado el Programa Pueblo Chico y, por otra, la población de otros partidos, afiliada al sistema de obras sociales sindicales y al INSSJP/PAMI o poseedora de seguros de salud privados. Dadas las características de nuestro análisis, el desarrollo que sigue a esta presentación se centra en el primer tipo de beneficiario.

II. Sobre cómo mirar los desempeños de la atención de la salud en el nivel local

Profundizando la presentación que se realizó en el primer capítulo de este libro, en esta sección desarrollamos un marco conceptual que nos permite analizar los desempeños de los servicios de salud. Con este propósito, recuperamos el enfoque de la atención primaria de la salud (APS), como perspectiva teórica para analizar la atención en el primer nivel.¹⁴

La estrategia de la APS tiene su origen en la declaración internacional de Alma-Ata. Según dicha declaración, la atención primaria de la salud es la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de autorresponsabilidad y automoderación” (OMS, 1978).¹⁵ Si bien es amplio el consenso en la literatura acerca de su importancia para enfrentar las desigualdades y mejorar los resultados de la salud de la población (Gelb Safran, 2003; Starfield *et ál.*, 2005; Forti, 2009), son numerosas también las acepciones que ha tomado el término desde aquella declaración.

¹⁴ Un desarrollo mayor se presenta en el capítulo 1 de este libro.

¹⁵ OMS: Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Forti (2009) identifica la convivencia de cuatro enfoques diferentes para orientar las prácticas de la APS. Un primer enfoque denominado Atención Primaria, donde se la define como la puerta de entrada al sistema de salud, y donde hay lugar para la prevención y para la atención curativa de forma continuada. Un segundo modelo llamado Atención Primaria Selectiva, que se caracteriza como aquel que ofrece un número limitado de servicios con paquetes como la orientación materno-infantil. En tercer lugar, encontramos la propuesta de Alma-Ata, que considera la APS como un primer nivel de atención integrado, continuado y con participación y con coordinación intersectorial. La cuarta perspectiva, que ha tomado importancia en los últimos años, puede denominarse como aquella que contempla los derechos humanos y determinantes sociales, y en la cual se incluye al contexto y al entramado de los actores como proveedores de la APS.

Por otra parte, en la última década se produjo un importante desarrollo de propuestas conceptuales y metodológicas que buscan medir el desempeño de la APS para responder a la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad –sobre todo en los países en vías de desarrollo (Céspedes, 2002; Flores, 2005; Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006). De este modo, distintas investigaciones dan cuenta de que las variables *accesibilidad* a los servicios, *continuidad* y *longitudinalidad*, *integralidad*, *capacidad resolutive* y *coordinación asistencial*, permiten medir las dimensiones que refieren al desempeño de la APS de manera válida y confiable (Starfield *et ál.*, 2001; Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007).

Retomando a Starfield *et ál.* (2001; 2005), Almeida y Macinko (2006) proponen una noción de atención básica concebida específicamente para países latinoamericanos. Esta noción reúne un conjunto de dimensiones esenciales, que reflejan el concepto comunitario, interdisciplinario y multisectorial que –según estos autores– define a la atención primaria: accesibilidad; puerta de entrada al sistema de salud; fuerte vínculo entre la población y la unidad de salud; amplia y variada oferta de servicios; coordinación en la atención; enfoque familiar; orientación hacia la comunidad.

Por otro lado, también ha sido definido como distintivo el rol que juegan los profesionales de la salud que integran los equipos en la atención primaria, integrando el cuidado que el paciente recibe en este nivel con los demás niveles del sistema, dando cuenta a su vez de la complejidad de la

trama de relaciones en las que se inscribe su práctica. Así, un generalista o médico de familia puede encontrarse involucrado en tres niveles de relaciones necesarias para la atención integral del paciente: a) hacia arriba, con la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel; b) lateralmente, con otras disciplinas de atención primaria (por ejemplo, enfermeras comunitarias o servicios de cobertura de emergencias); c) hacia abajo, con servicios de salud pública, servicios escolares y servicios ocupacionales (Belmartino, 2008).

En suma, la APS puede ser entendida como una estrategia integral para mejorar la salud de la población, para lo cual debe contar con un conjunto de componentes que hagan posible su desarrollo, tales como son la reorientación del recurso humano, la participación social, las tecnologías apropiadas, la programación por necesidades territoriales, la intersectorialidad y la cobertura universal. Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de la APS como estrategia orientada a mejorar la salud (Rovere, 2006).

Sin embargo, y recuperando nuevamente a Forti (2009), la incorporación de estos elementos dependerá de las dificultades con las cuales se enfrente la APS en los distintos territorios. Estas dificultades generalmente se expresan, según la autora, en la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, en la falta de recurso humano con competencias en APS, la baja valoración por los profesionales en la APS, los sistemas de referencia inadecuados y la falta de sistemas de información.

Retomando los aportes del debate en torno a la estrategia de la APS, en los siguientes apartados recurrimos a la perspectiva de la población y a la de los propios efectores para ponderar condiciones de *accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación asistencial* en las dinámicas de la atención de la salud en ambos municipios.¹⁶

III. Una mirada sobre la capacidad de inclusión de los sistemas de salud en el nivel local¹⁷

La trama de relaciones que se establece entre los hogares y los servicios de salud es muy compleja. Tanto la diversidad de especialidades

¹⁶ Un desarrollo mayor se presenta en el capítulo 1 de este libro.

¹⁷ Salvo excepciones, en donde se aclara una periodicidad frecuente o habitual, a lo largo de este trabajo hemos privilegiado la información correspondiente a las consultas realizadas a especialistas

médicas ofertadas y la forma en que se organizan las prestaciones, como así también los atributos particulares que presenta la población, influyen en las condiciones desde las cuales cobran vida los procesos de atención, y ponen en evidencia las distintas capacidades de inclusión que expresan los sistemas locales de salud.

Si analizamos las características socioeconómicas del conjunto de la población usuaria de los efectores bajo jurisdicción municipal, podemos sostener que en ambos partidos los servicios locales ofrecen una cobertura sanitaria de tipo universal, brindando atención a familias que experimentan condiciones de vida bien heterogéneas. Sin embargo, si hacemos foco en la población que expresa las condiciones más precarias y miramos sus comportamientos, observamos que, a diferencia de lo que sucede en San Fernando, en el municipio de Malvinas Argentinas es significativo el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) residentes que no logran acceder a la atención en dichas instituciones (en clínica 42,9%, en ginecología/obstetricia 37,7% y en pediatría 24,7%)¹⁸.

Observando con mayor profundidad las particularidades que reviste la utilización de los servicios municipales en San Fernando, encontramos que del total de sus usuarios un poco más de la mitad (50,4%)¹⁹ se encuentra en situación de pobreza. Como podría suponerse, entre los usuarios de estos centros de salud la cantidad de población sin cobertura de salud es mucho más elevada (el 68,4%)²⁰. Estos datos ponen en evidencia que –en este municipio– las instituciones sanitarias no focalizan en la atención de la población pobre; no obstante, parecen garantizar con éxito servicios y prestaciones sanitarias a un porcentaje importante de la población con NBI residente en su territorio. Alrededor del 70%²¹ de las familias que presentan pobreza estructural acuden usualmente a los servicios de salud municipales para consultar en las distintas especialidades básicas de la atención primaria. Cabe destacar que los sanatorios y los consultorios

de la atención primaria en el transcurso del último año. Las mismas, suponen un acercamiento más preciso al patrón de utilización de los efectores de salud por parte de la población.

¹⁸ Estos porcentajes expresan la sumatoria de familias con NBI residentes en Malvinas Argentinas que se atienden en establecimientos o lugares que están fuera de la órbita del municipio: en otro hospital público, en una clínica o sanatorio privado, en un consultorio particular, en su domicilio o en otro lugar. Ver cuadro 6.1.

¹⁹ Ver cuadro 2 del anexo.

²⁰ Ver cuadro 1 del anexo.

²¹ Ver cuadro 6.1.

privados de este partido también son frecuentemente utilizados en las consultas realizadas a los profesionales de la atención primaria, aunque reciben casi exclusivamente a población con cobertura médica de algún tipo. En particular, el porcentaje es alto –en este grupo– para ginecología/obstetricia (59,2%) y para clínica médica (58,3%)²².

Cambiando el foco hacia Malvinas Argentinas, encontramos que entre los usuarios de los servicios públicos municipales²³ los porcentajes más altos corresponden a familias que carecen de cobertura de salud²⁴. Sin embargo, cuando se observan los porcentajes de población con NBI entre quienes concurren con frecuencia a las instituciones del partido, en especial para las consultas en obstetricia/ginecología y en clínica médica, estos valores son bastante más bajos (49,1% y 46,4% respectivamente)²⁵.

El análisis acerca del tipo de establecimiento que utilizan los hogares con NBI de Malvinas Argentinas para ser atendidos acentúa aún más las dificultades que exhibe el sistema local –a pesar de su gran desarrollo– para incluir a la población más pobre. Entre este grupo de hogares son considerablemente altas las frecuencias de consultas periódicas que transcurren en efectores que se encuentran por fuera de la jurisdicción municipal; particularmente, para consultas referidas a especialidades básicas como ginecología/obstetricia, donde casi un 40% de la población con NBI visita servicios externos al partido (poco próximos a sus residencias). Más llamativo resulta que entre las consultas que estas familias pobres realizan en instituciones externas al municipio, una gran cantidad tienen lugar en sanatorios y policlínicos pertenecientes al sector privado.²⁶

²² Ver cuadro 6.1.

²³ Recordemos que en Malvinas Argentinas las instituciones municipales contemplan tanto al primer nivel (centros de salud) como al segundo (hospitales).

²⁴ 62,9% en obstetricia/ginecología, 61,5% en pediatría y 58,8% en clínica médica. Ver cuadro 3 del anexo.

²⁵ Ver cuadro 4 del anexo.

²⁶ El 28,9% en ginecología/obstetricia y el 30,1% en medicina general. Ver cuadro 6.1.

Cuadro 6.1: Lugar en el que habitualmente se realizan consultas en tres especialidades básicas, según presencia de NBI y ausencia de cobertura, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009

Lugar de consulta	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Médico clínico		Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Médico clínico	
	S/cob	NBI	S/cob	NBI	S/cob	NBI	S/cob	NBI	S/cob	NBI	S/cob	NBI
Centro de salud	79,1%	70,5%	73,3%	69,3%	75,2%	68,7%	47,6%	41,6%	55,5%	54,1%	56,1%	46,4%
Hospital público del municipio	4,9%	3,6%	2,4%	1,8%	9,2%	7,2%	19,5%	10,2%	7,9%	3,6%	13,4%	7,8%
Otro hospital público	4,4%	3,0%	1,9%	0,6%	6,3%	4,2%	7,9%	8,4%	4,9%	4,8%	3%	3,6%
Clínica o sanatorio privado	4,9%	14,5%	0,5%	8,4%	4,9%	14,2%	9,1%	23,9%	6,7%	13,9%	7,9%	22,9%
Consultorio particular	2,9%	1,2%	2,4%	0,6%	1,9%	2,4%	7,9%	5,4%	9,8%	4,8%	7,9%	7,2%
En su domicilio	0,5%	0%	0,5%	0%	0%	0,6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
En otro lugar	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,6%	0%	0%	1,2%	0%	1,2%
Ns/Nc	0%	3,0%	4,4%	3,0%	0,5%	0%	2,4%	3,6%	1,2%	0%	1,2%	0,6%
No consultó	3,4%	4,2%	14,6%	16,3%	1,9%	2,4%	4,9%	7,2%	14%	16,9%	10,4%	10,2%
Total	100% (206)	100% (166)	100% (206)	100% (166)	100% (206)	100% (166)	100% (164)	100% (166)	100% (164)	100% (166)	100% (164)	100% (166)

Fuente: Encuesta a hogares sobre atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS).

IV. El acceso a la atención como problema y el centro de salud como “puerta de entrada”

En un contexto tan fragmentado como el del Gran Buenos Aires, la cuestión de la accesibilidad a la atención resulta central para comprender el modo en que se configuran condiciones diferenciales en el ejercicio del derecho a la salud. En esta sección intentamos dar respuesta a algunos interrogantes en torno al acceso a los sistemas en ambos municipios: ¿qué efectores utiliza la población para atender su salud?; ¿qué servicios se utilizan?; ¿existen patrones de uso?; ¿cuáles son las modalidades de acceso de la población a los centros del primer nivel?; ¿cuáles son los factores (sistema de turnos, horarios y días de atención, aseguramiento en salud, bonos para la consulta, etc.) que condicionan el acceso de los usuarios a estos efectores?; ¿constituyen los centros de salud la puerta de entrada al sistema sanitario?

Con relación a estrategias como la APS, varios autores sostienen que el acceso a la atención involucra factores como la localización del centro de salud –respecto de la población a la cual atiende–, la franja horaria ofertada, los turnos y grado de tolerancia para las consultas no agendadas y la existencia de costos razonables (Almeida *et ál.*, 2006; PROAPS-SIPPAPS, 2006; Burrone *et ál.*, 2007). Además de la disponibilidad de prestaciones adecuadas a las necesidades de la población, la aceptabilidad de los servicios, para que respondan a los valores culturales de los usuarios, también ha sido puesta en relieve en la literatura (Wallace *et ál.*, 2001).

Con las dificultades que supone captar desde la perspectiva de la población el acceso a bienes y servicios muy diversos como son los ofrecidos por el sistema de salud, el análisis de la frecuencia con que los hogares realizan sus visitas a las especialidades básicas, así como de los patrones de utilización de los centros de salud por parte de la población, son dos “entradas” que nos permiten dar cuenta de la accesibilidad al sistema de salud en el nivel local.

En los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando, las condiciones de vida de la población no reflejan patrones muy diferentes con relación al acceso a la atención de la salud.²⁷ Sin embargo, el “clima educativo de los hogares” se presenta como un atributo distintivo que da cuenta de las brechas en la frecuencia con que se realizan las consultas.

²⁷ Ver cuadros 9, 10, 11 y 12 del anexo.

Cuadro 6.2: Última vez que se consultó a las especialidades básicas según clima educativo, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009

Última consulta	San Fernando						Malvinas Argentinas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Médico Clínico		Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Médico Clínico	
	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo	Cli. Edu. Alto	Cli. Edu. Bajo
Menos de un año	83.2%	60.5%	70.5%	57.6%	74.7%	77.4%	69.4%	50.8%	84.3%	47.5%	76.1%	84.7%
Más de un año, pero menos de dos años	8.4%	9.6%	0%	1.7%	10.5%	12.4%	12.4%	11.9%	0%	3.4%	9.1%	1.7%
Más de dos años	4.2%	16.9%	0%	1.1%	7.4%	4.5%	13.2%	10.2%	0.8%	0%	5.0%	3.4%
No recuerda	1.1%	8.5%	10.5%	8.5%	2.1%	2.3%	3.3%	13.6%	0%	5.1%	3.3%	0%
No consultó	3.2%	4.5%	18.9%	31.1%	5.3%	3.4%	1.7%	13.6%	14.9%	44.1%	6.6%	10.2%
Total	100% (95)	100% (177)	100% (95)	100% (177)	100% (95)	100% (177)	100% (121)	100% (59)	100% (121)	100% (59)	100% (121)	100% (59)

Fuente: Encuesta a hogares sobre atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS).

Por otra parte, si bien en ambos municipios más de la mitad de la población utiliza a los centros de salud como efectores para ingresar al sistema (en Malvinas Argentinas el 54,8% y en San Fernando el 63,1%)²⁸, encontramos algunas particularidades en cada caso que vale la pena resaltar. En San Fernando es significativa la cantidad de hogares que buscan atención en policlínicas y en clínicas privadas para las especialidades básicas; en Malvinas Argentinas, además de estas instituciones privadas, se utilizan los hospitales para este tipo de prestaciones.

Si nos detenemos específicamente en San Fernando para analizar qué factores inciden en la oportunidad de consulta, observamos que el clima educativo del grupo familiar es la variable que más define la cantidad de visitas realizadas en el último año en el control ginecológico/obstétrico y en las consultas pediátricas: para el primero, la brecha entre hogares con clima educativo alto y hogares con clima educativo bajo es de un 23%; mientras que para el segundo tipo de consulta la brecha es del 12,9%. En clínica médica, en cambio, las diferencias en el clima educativo no ponen en evidencia comportamientos diferenciales en relación con la oportunidad de consulta.²⁹

La posesión o no de otra cobertura (obra social o privada) por parte de los hogares, evidencia comportamientos diferenciales únicamente en las consultas pediátricas. Quienes no poseen seguro médico u obra social, son quienes hicieron un mayor número de visitas al pediatra en el último año.³⁰

Otro eje de nuestra investigación, fue analizar al centro de salud como puerta de entrada al sistema sanitario. Dicha noción ha sido planteada como un concepto que permite dar cuenta de la capacidad que presentan los servicios del primer nivel para captar de manera temprana los problemas de salud de la población, debido a la proximidad que presentan con el territorio (Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007).

El efector más elegido para realizar la atención en las especialidades básicas en el municipio de San Fernando es el centro de salud. Las consultas realizadas en el último año a los servicios de pediatría se hicieron mayoritariamente (66,7%) en estos efectores, y en segundo lugar en clínicas o sanatorios privados. Los porcentajes en relación con las consultas ginecológicas/obstétricas también favorecen a los centros de salud como primera opción y los policlínicas privadas como

²⁸ Ver cuadro 13 del anexo.

²⁹ Ver cuadro 6.2.

³⁰ Un 76,2% de las familias sin cobertura consultaron en pediatría en el último año; en las familias con cobertura estas consultas alcanzan un 56,6%. Ver cuadro 9 del anexo.

segunda.³¹ Si bien en clínica médica ambos tipos de instituciones son también las privilegiadas, las brechas en la utilización entre uno y otro se atenúan un poco.³²

Cuadro 6.3: Lugar donde se realizaron consultas en el último año según especialidad, San Fernando, 2008

Lugar donde realizó la consulta	Especialidades básicas				
	Obstetricia/ Ginecología	Pediatría	Especialista en adolescencia	Clínico de familia	Atención adultos mayores
Centro de salud	53,3%	66,7%	35,3%	46,0%	2,6%
Hospital público SF	6,9%	2,8%	11,8%	9,0%	7,7%
Otro hospital público	1,6%	2,8%	5,9%	4,8%	5,1%
Clínica o sanatorio privado	24,8%	18,1%	5,9%	27,8%	43,6%
Consultorio particular	13,4%	9,4%	23,5%	11,6%	35,9%
En su domicilio	0%	0,3%	5,9%	0,9%	2,6%
Ns/Nc	0%	0%	11,8%	0%	2,6%
Total	100% (306)	100% (288)	100% (17)	100% (335)	100% (39)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

La jerarquía de los centros de salud como puerta de entrada al sistema varía nuevamente según las zonas de residencia. Es más elevada en la zona más pobre del municipio (45,2%), algo menor en el área donde la población presenta una situación socioeconómica intermedia (37%), y baja radicalmente en la zona en que las familias experimentan una mejor posición económica, donde menos de un diez por ciento de la población concurre a los centros. Los patrones de utilización

³¹ El porcentaje más alto de estas consultas corresponde a los centros de salud (53,3%) y, en segundo lugar, a las clínicas o sanatorios privados (24,8%). Ver cuadro 6.3.

³² La consulta a clínicos se realizó en un 46% en centros de salud y en un 27,8% en policlínicos privados. Ver cuadro 6.3.

de los centros también muestran algunos matices de acuerdo a las condiciones de vida que expresa la población. En relación con indicadores como la posesión de cobertura de salud, vemos que un poco más del 60% de las familias que carecen de esta son usuarias de los establecimientos del primer nivel; y que un porcentaje algo menor (aproximadamente el 53%) de familias con pobreza estructural concurren a los mismos.³³

En este municipio, la modalidad de acceso a los centros se encuentra configurada por los dispositivos implementados desde la política local para facilitar la atención en el primer nivel: mientras que casi el 80% lo hace telefónicamente a través del sistema Fonoturno³⁴, un 20% pide turno personalmente y un porcentaje realmente muy menor concurre sin turno o lo hace a través de alguna persona conocida. La solicitud de turnos de forma personal en el centro, es más elevada entre los hogares con clima educativo bajo. Asimismo, cabe resaltar que el Fonoturno ha sido valorado positivamente por casi la totalidad de los usuarios del sistema.³⁵

Respecto a la centralización telefónica de los turnos, la mayoría de profesionales que consultamos tienen un punto de vista contrapuesto a la mirada de las familias usuarias, y consideran que esta modalidad de entrega de turnos constituye un factor que condiciona el acceso a los servicios:

“... no me parece un buen sistema, primero, sale un montón de plata y a los profesionales nos pagan una miseria, segundo, no le facilita el acceso a la gente, es mas, excluye a los que no tienen teléfono”. (Entrevista a un director de un centro de salud de San Fernando, febrero de 2009).

“... no funciona bien, hay que mejorarlo (...) acá viene un paciente y me dice tengo fiebre y me dieron turno para dentro de 15 días, y le digo que cuando tengo un ratito lo veo porque después en 15 días no vuelve”. (Entrevista a un director de un centro de salud de San Fernando, febrero de 2009).

La accesibilidad a la atención en los centros de salud encuentra algunas otras limitaciones desde la perspectiva de estos profesionales, particularmente, en relación con cuestiones vinculadas con la *disponibilidad*³⁶ de recursos humanos. Por

³³ Ver cuadro 14 del anexo.

³⁴ Un desarrollo mayor de este instrumento de la política local se presenta en el capítulo 5 de este libro y en el apartado I de este trabajo.

³⁵ Ver cuadro 15 del anexo.

³⁶ Recordemos que en el capítulo 1, la disponibilidad fue definida como “la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades sanitarias de la población”.

un lado, la franja horaria ofertada es considerada como poco compatible con los horarios de trabajo de la población local. Por otra parte, la cantidad de personal es estimada como poco adecuada para la realización del trabajo territorial por parte de los equipos:

“... el problema es que estamos superados por la demanda, y tenés poco recurso humano, no puedo restar tiempo de la atención para prevenir, promover y educar a la población”. (Entrevista a un director de un centro de salud de San Fernando, febrero de 2009).

Volviendo al caso de Malvinas Argentinas, identificamos que el clima educativo del grupo familiar constituye –al igual que en San Fernando– un factor decisivo a la hora de observar patrones en relación con la oportunidad de consulta a las especialidades básicas de la atención primaria. Las brechas más importantes las encontramos en la frecuencia con que los hogares realizan las consultas pediátricas: un altísimo porcentaje de hogares con clima educativo alto (84%) ha asistido en el último año al especialista de niños, mientras que este porcentaje disminuye casi a la mitad en los hogares que presentan un menor clima educativo. En clínica médica, en cambio, los valores más altos corresponden a las familias con baja escolaridad.³⁷

Contrariamente a las diferencias encontradas respecto al capital educativo de los hogares, disponer o no de cobertura parece ser un factor con escasa incidencia en la frecuencia en que se realizan las visitas a los efectores de salud.³⁸

Un comportamiento similar pudimos detectar en relación con la condición de pobreza estructural experimentada en algunos hogares. En estos casos, no observamos mayores frecuencias en la realización de consultas en las especialidades de la atención primaria. La variación más significativa se presenta en torno a las consultas pediátricas, las cuales exhiben mayores porcentajes en el último año entre la población con NBI³⁹; podemos interpretar esta diferencia como resultante de las acciones efectuadas desde el Programa municipal PIBE, antes referido, que es implementado desde el Programa Pueblo Chico.

El análisis que focaliza en los centros de salud como efectores que deben ser privilegiados para ingresar al sistema de salud, arroja algunas cuestiones interesantes para puntualizar también en el caso del municipio de Malvinas Argentinas.

³⁷ Ver cuadro 6.2.

³⁸ Ver cuadro 10 del anexo.

³⁹ Estas consultas expresan un 88,7% en los hogares con NBI, versus un 71,2% en los hogares que no son pobres. Ver cuadro 12 del anexo.

Un poco más de la mitad de la población consultada declaró que se atiende en centros de salud.⁴⁰ Sin embargo, el porcentaje de hogares que buscan respuestas en los hospitales públicos –dentro y fuera del municipio–, en especialidades propias de la atención primaria, no deja de ser llamativo: en ginecología/obstetricia y clínica médica los porcentajes superan el 20% de las consultas; en pediatría es un poco menor. Resalta, además, que la proporción de población que se atiende por prevención y control en el hospital es la misma que la que lo hace por urgencias.⁴¹

Cuadro 6.4: Lugar donde se realizaron consultas en el último año según especialidad, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar donde realizó la consulta	Especialidades básicas				
	Obstetricia/ Ginecología	Pediatría	Especialista en adolescencia	Clínico o médico de familia	Especialista en adultos mayores
Centro de salud	30,5%	46,6%	30%	35,1%	7,7%
Hospital público MA	12,2%	8,2%	10%	16,8%	23,1%
Otro hospital público	10,6%	5,8%	20%	7,6%	3,8%
Clínica o sanatorio privado	35%	30,1%	20%	29,7%	34,6%
Consultorio particular	11,4%	8,9%	10%	8,9%	26,9%
En su domicilio	0,4%	0,3%	0%	0,6%	0%
En otro lugar	0%	0%	10%	1,3%	0%
Ns/Nc	0%	0%	0%	0%	3,8%
Total	100% (246)	100% (292)	100% (10)	100% (316)	100% (26)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

⁴⁰ Ver cuadro 13 del anexo.

⁴¹ Ver cuadro 17 del anexo.

Estos centros parecen garantizar una atención poco focalizada en la población más vulnerable, ya que atienden a un porcentaje importante de hogares con obra social (43,6%), y de familias que no son pobres (47,3%). En relación con la variable “clima educativo”, estos efectores reciben mayoritariamente (más de la mitad) población que presenta un clima educativo intermedio.⁴²

Si bien es cierto que la atención de los centros de salud es bastante universal –al menos para la población residente en el partido–, es significativo que un 44% de la población encuestada haya expresado dificultades para acceder a la atención en estos establecimientos; fue entre los hogares con NBI donde se encontraron los porcentajes más altos.⁴³ Los problemas mayores refieren a los horarios ofrecidos, los turnos disponibles, la falta de especialidades y profesionales, y los tiempos de espera habituales para lograr ser atendido.⁴⁴

La referencia a barreras de acceso vinculadas directamente a obstáculos económicos fue –en cambio– menos relevante para la población consultada; no obstante, no es desestimable el porcentaje que declaró “falta de recursos económicos para trasladarse al centro”: casi un 13% entre los hogares sin cobertura de salud, y un 11% entre los hogares con NBI.⁴⁵

V. La integralidad en la atención desde el trabajo territorial

Puede hablarse de *integralidad* cuando la oferta contempla prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y de rehabilitación (Starfield, 2001); guardando, en consecuencia, relación no solo con las necesidades del paciente, sino también con los requerimientos sanitarios de sus familias⁴⁶, y con los de la comunidad a la que estas pertenecen (Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006). Desde esta perspectiva, existe una

⁴² Ver cuadro 18 del anexo.

⁴³ El 54,8% de los hogares con NBI declaró tener problemas para acceder a la atención en estos centros. Ver cuadro 19 del anexo.

⁴⁴ Ver cuadro 20 del anexo.

⁴⁵ Ver cuadro 20 del anexo.

⁴⁶ El enfoque familiar contempla al sujeto en su entorno cotidiano, planteando que la evaluación de las necesidades de la salud deben tener en cuenta el contexto familiar y la exposición del sujeto a amenazas de cualquier orden (Almeida *et ál.*, 2006).

íntima relación entre la integralidad y la capacidad resolutive⁴⁷ del primer nivel (Burrone *et al.*, 2007).

Esta dimensión de la atención involucra cuestiones referidas a la cantidad, a la calidad y al tipo de prestaciones que se brindan a la población: ¿cuáles son las especialidades que se ofrecen?; ¿cuáles son sus alcances?; ¿qué tipo de enfoque se contempla en la atención?; ¿bajo qué condiciones se habilitan los servicios?; ¿cómo se organizan las prestaciones en relación con las demandas?

En esta investigación consideramos relevante no solo analizar el lugar que ocupa la prevención y la promoción en los centros de salud que integran el primer nivel –en cuanto efectores que guardan proximidad con el territorio–, sino también recuperar las percepciones que tienen las familias usuarias sobre la calidad de la atención recibida. Asimismo, indagamos con relación a qué tipo de prestaciones consideran pertinentes y esperan recibir en estos establecimientos.

En términos generales, la población de ambos municipios que concurre habitualmente a los centros de salud ha considerado que las prestaciones son adecuadas, como así también los recursos, los insumos y los equipamientos disponibles. Paralelamente, la atención recibida en la situación de consulta ha sido valorada positivamente. En particular, en San Fernando, los usuarios han apreciado servicios adicionales, como las prestaciones en odontología y el abordaje que desarrollan los profesionales en la situación de consulta.

Al conjunto de especialidades consideradas como básicas para la atención primaria (vacunación, pediatría, control prenatal y atención clínica de adultos), muchos de los responsables de la salud en los hogares de San Fernando sumaron una serie de prestaciones vinculadas con la atención de problemáticas sociales, tales como atención de adicciones, de alcoholismo/tabaquismo y de situaciones de violencia doméstica.⁴⁸ Además, un alto porcentaje sostuvo que la atención odontológica es también fundamental

⁴⁷ La capacidad resolutive determina la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud. Entre las variables que permiten identificar la capacidad resolutive, pueden mencionarse la actividad de prevención/promoción, los recursos disponibles para el diagnóstico y el tratamiento, el porcentaje de población atendida sin derivación y la calificación del personal (Burrone *et al.*, 2007).

⁴⁸ La expectativa sobre este conjunto de prestaciones superó el 75% de las preferencias. Ver cuadro 21 del anexo.

en el primer nivel⁴⁹, quizás debido a la particular dotación de servicios de odontología distribuidos en los distintos establecimientos sanitarios del territorio local. Observamos una similar percepción de los usuarios en relación con la provisión gratuita de medicamentos en estos efectores.

Por otro lado, 7 de cada 10 de los hogares que acuden a los centros sostuvieron que en la atención de los niños, enfermos crónicos y control ginecológico, los equipamientos y los insumos requeridos se encuentran a disposición de los profesionales. Esta percepción positiva es aún más alta (84,6%) cuando se interroga en relación con la atención de la embarazada⁵⁰.

Con relación al tipo de abordaje que se prioriza en la situación de consulta, entre el 70 y 80% de los usuarios de los centros considera que los profesionales ponderan las condiciones familiares y sociales en el control del embarazo, en la atención ginecológica y en la atención de enfermos crónicos. Esta percepción es algo menos favorable cuando indagamos en torno a la atención de los niños.⁵¹

Al igual que en San Fernando, en Malvinas Argentinas la calidad de la atención en los centros fue objeto de una positiva valoración por parte de los hogares que los utilizan. Algo más del 70% de los responsables de la salud de los hogares expresaron que los profesionales disponen de los recursos materiales y de los insumos necesarios para realizar los tratamientos requeridos en la atención ginecológica, obstétrica, de niños y de enfermos crónicos. Una cantidad aún mayor (80%) considera como muy adecuada la formación de los recursos humanos y su dedicación en el momento de la atención, valoración que comprende al conjunto de las especialidades antes mencionadas.⁵²

La integralidad en la situación de consulta, evidencia porcentajes un poco menos elevados que los que observamos entre los usuarios de los establecimientos de San Fernando; en particular para la atención de los niños (66%) y la atención ginecológica (61%). En el control del embarazo y de enfermos crónicos, los porcentajes se incrementan.

⁴⁹ El 89,1% de los encuestados manifestó que la atención odontológica es una de las prestaciones necesarias en ese nivel. Ver cuadro 21 del anexo.

⁵⁰ Ver cuadro 6.5.

⁵¹ El 62,3% manifestó que el/la profesional tiene en cuenta este tipo de factores. Ver cuadro 6.5.

⁵² Ver cuadro 6.5.

Cuadro 6.5: Evaluación de los atributos de la consulta en la atención en los centros de salud según especialidades básicas, San Fernando y Malvinas Argentinas

Atributos de la atención en la situación de consulta*	Atención de especialidades básicas							
	Atención de niños		Atención en ginecología		Atención de embarazadas		Atención de enfermos crónicos	
	San Fernando	Malvinas Argentinas	San Fernando	Malvinas Argentinas	San Fernando	Malvinas Argentinas	San Fernando	Malvinas Argentinas
Identifican los síntomas	84,5%	87.6%	93,0%	85.8%	88,6%	92.2%	90,2%	95.1%
Dedican tiempo	75,4%	84.7%	88,2%	82.1%	89,1%	85.2%	86,9%	96.1%
Tienen en cuenta otros factores como los familiares, los comunitarios y los sociales	62,3%	66.5%	71,2%	61.1%	80,0%	70.4%	78,7%	79.1%
El médico está formado	85,5%	92.4%	93,9%	85.2%	93,7%	88.7%	88,5%	96.2%
Cuenta con saberes y experiencia	85,5%	90%	91,7%	86.4%	90,9%	88.7%	86,1%	93.2%
Cuenta con recursos materiales	65,7%	79.4%	76,9%	72.8%	84,6%	79.1%	71,3%	81.6%
El profesional guarda el secreto	87,9%	71.2%	89,5%	66%	89,7%	70.4%	88,5%	81.6%
Se puede detectar un nuevo problema	78,3%	80.5%	87,3%	77.6%	92,6%	77.2%	82,8%	92.2%

Fuente: Encuesta a hogares sobre atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS). *Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas positivas.

Como vimos, el desarrollo de prácticas de prevención y promoción de la salud desde los equipos profesionales involucrados en los centros de salud del primer nivel, también abona a la integralidad de una atención, que no queda circunscripta al tratamiento de la enfermedad.

En ambos municipios, la mayoría de los médicos y enfermeras consultados sostuvieron que desarrollan actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud en su práctica cotidiana. Sin embargo, la captación territorial parece ocupar un lugar más residual en ambos sistemas sanitarios. Sobre este último punto, las miradas de estos profesionales presentan algunos matices para cada municipio: mientras que en San Fernando aparece una preocupación por la ausencia de trabajo territorial en torno a estas prácticas, en Malvinas Argentinas no se considera el trabajo en el “barrio” como un asunto pendiente en la atención de la salud.

Desde la perspectiva de los recursos humanos involucrados en la atención del primer nivel en San Fernando, el abordaje tanto de factores más vinculados al contexto familiar y comunitario como de la prevención y de la promoción está presente en los procesos de atención que cobran vida desde los centros del primer nivel. Varios testimonios de directores de estas instituciones ilustran esta postura frente a estas cuestiones:

“Lo que hacemos el miércoles y lunes en la sala de espera es promoción con la asistente social”. (Entrevista a un director de un centro de salud de San Fernando, febrero de 2009).

“Un trabajador social del centro con otro de otro centro llevan adelante un programa de radio donde tocan los temas de salud, promoción y de violencia familiar, y la gente responde”. (Entrevista a un director de un centro de salud de San Fernando, febrero de 2009).

Las actividades de orden territorial dentro de las tareas desarrolladas por estos equipos de trabajo⁵³ no ocupan el lugar privilegiado que se le otorga desde la literatura de la APS; sin embargo, muchos de sus profesionales consideraron necesario ampliarlas. Entonces, situándonos desde los principales lineamientos de la APS, podríamos sostener que la promoción y prevención presenta una baja permeabilidad en los “barrios” del municipio.

Siguiendo en esta misma línea de análisis, en el municipio de Malvinas Argentinas la atención brindada en los centros también muestra una buena

⁵³ La tercera parte de los profesionales consultados declaró realizar tareas por fuera del efector.

performance, medida en términos de integralidad, desde la perspectiva de sus profesionales:

“Cuando viene alguien por una angina, sacamos el tema de la sexualidad para hacer prevención en el mismo momento”. (Entrevista a un director de un centro de salud de Malvinas Argentinas, febrero de 2009).

“Nuestro objetivo general es la atención integral del paciente, de acá se va con toda la información: si necesita una pensión, si necesita un trámite, sale de acá con toda la información que corresponde”. (Entrevista a un director de un centro de salud de Malvinas Argentinas, febrero de 2009).

El peso concedido a la prevención, a la promoción y a la integralidad de la salud en los testimonios contrasta aquí también fuertemente con la falta de actividades territoriales. Esto último pone en evidencia algún impacto –en la microimplementación– de los incentivos incorporados en las modalidades de contratación; cabe recordar –tal como se analiza en el cuarto capítulo de este libro– que los módulos que instituyen la contratación de profesionales en el primer nivel incluyen (además de las consultas médicas) la realización de “talleres de promoción”.

En contraste con la actitud que identificamos en los testimonios de los profesionales de San Fernando, en Malvinas Argentinas estos actores otorgaron poca relevancia a ampliar el trabajo por fuera del centro de salud para incrementar el acceso de las familias y lograr un mayor vínculo con el territorio. Los operativos sanitarios constituyen la única experiencia institucionalizada de salidas al territorio documentada. Estas se producen en períodos de brote de problemas respiratorios, pero son entendidos como intervenciones puntuales, acotadas a la estacionalidad de determinadas patologías.

VI. La coordinación y el tránsito: articulación horizontal y vertical

Varios autores han otorgado un lugar central a la continuidad y a la coordinación en los procesos de atención, en particular en las prestaciones brindadas desde el primer nivel. Mientras que “continuidad” presupone la existencia de una fuente regular de atención y de su uso a lo largo del tiempo, la “coordinación” al interior del sistema implica el seguimiento del usuario

entre los distintos niveles de atención por parte del profesional o por medio de protocolos médicos; esto incluye la derivación para consultas especializadas y servicios de diagnóstico (Starfield *et ál.*, 2005; Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006). Aquí, se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia⁵⁴ y contrarreferencia⁵⁵ para articular los distintos niveles y estructuras sanitarias del sistema.⁵⁶

La articulación entre el primer nivel y el segundo se muestra muy satisfactoria en ambos municipios, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de los responsables de la salud en los hogares consultados. Los altos porcentajes de derivaciones realizadas a especialistas pertenecientes a hospitales son expresión de esta afirmación.

El retorno al profesional del centro de salud –luego de la derivación– presenta valores bastante similares en ambos municipios; en San Fernando, el regreso de las familias con NBI es algunos puntos más bajo. Por otro lado, en Malvinas Argentinas, el ingreso a los hospitales de la población atendida en los centros se produce a través de la derivación directa del profesional –principalmente ante situaciones de emergencia médica–; en San Fernando, en cambio, estos ingresos se sustentan primordialmente a través de una oficina de referencia y contrarreferencia. Estos resultados dan cuenta también de estrategias diferenciales para garantizar la articulación de los niveles de atención entre ambos municipios.

⁵⁴ Referencia: alude al envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica, por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para la atención o complementación diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal utilizado para canalizar pacientes de una unidad a otra de mayor complejidad.

⁵⁵ Contrarreferencia: remite a la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal que retorna al paciente a la unidad de origen para control y seguimiento, una vez resuelto el diagnóstico y/o tratamiento.

⁵⁶ Recordemos que en el partido de San Fernando conviven dos jurisdicciones a cargo del sistema: un hospital bajo jurisdicción provincial, y varios centros de salud y postas a cargo de la municipalidad.

Cuadro 6.6: Hogares cuyos integrantes regresaron al profesional que hizo la derivación a un especialista en el hospital, San Fernando y Malvinas Argentinas

Hogares que regresaron luego de la derivación	Municipios	
	San Fernando	Malvinas Argentinas
Siempre	63.9%	69.3%
Nunca	14.6%	17.2%
A veces	17.4%	11.1%
Ns/Nc	4.2%	2.6%
Total	100% (144)	100% (117)

Fuente: Encuesta a hogares sobre atención de la salud, Malvinas Argentinas y San Fernando (ICO/UNGS).

Deteniéndonos en San Fernando, podemos sostener que el seguimiento y la coordinación en la atención del usuario en su tránsito por el sistema muestra un buen desempeño: más de la mitad de los hogares cuyos integrantes se atienden en centros de salud y fueron derivados a especialistas en el hospital regresaron al profesional del centro⁵⁷; pocos hogares declaran no haberlo hecho nunca.⁵⁸

El clima educativo del grupo familiar muestra significativas brechas a la hora de analizar la circulación de los usuarios entre niveles de complejidad. En los hogares con clima educativo bajo la población que “nunca regresó” es superior (16,7%) a los hogares con clima educativo alto (solo el 6%). Asimismo, encontramos diferencias entre las distintas zonas de residencia en la utilización de los mecanismos de derivación: los mejores resultados se observan en las áreas con mejores indicadores socioeconómicos.⁵⁹

La denominada Oficina 5 es una instancia de gestión formalizada desde el municipio para resolver las consultas que involucran mecanismos de referencia

⁵⁷ Un 63,9%. Ver cuadro 6.6.

⁵⁸ Solo un 14,6% de hogares declaran no haber regresado. Ver cuadro 6.6.

⁵⁹ Ver cuadro 22 del anexo.

y contrarreferencia. Por otro lado, el Sistema de Emergencias Médicas San Fernando Salud constituye otro dispositivo para garantizar el tránsito de los usuarios: un poco más de la tercera parte de las derivaciones realizadas desde los centros de salud utilizan este tipo de traslados.

Situándonos ahora en Malvinas Argentinas, más de la mitad de los hogares cuyos integrantes se atienden en los centros de salud fueron derivados en alguna ocasión al hospital y, siete de cada diez, regresaron a atenderse con el mismo profesional.⁶⁰

Aunque la lógica de organización del sistema y el tipo de beneficiario que define e instituye, podrían dar lugar a ciertos incentivos en la atención, no se advirtieron en nuestro análisis (en el nivel micro de los servicios) variaciones significativas en los requerimientos de derivaciones hacia el segundo nivel entre la población que posee cobertura de obra social o seguros privados y la que no posee.⁶¹ Probablemente como consecuencia de la existencia de servicios de complejidad para el diagnóstico se advierte un porcentaje significativo de solicitudes –de parte de los profesionales de los centros de salud– de estudios complementarios; los valores más elevados se manifiestan en la población pobre y entre los hogares que no disponen de obra social o seguro médico.⁶²

Las emergencias médicas constituyen la principal situación en la que se producen las derivaciones desde los centros de salud hacia el segundo nivel, aunque estas no presentan dispositivos formales instituidos; el retorno al primer nivel tampoco se encuentra garantizado por mecanismos institucionalizados, y se delega esa responsabilidad a los profesionales de la salud.

Detrás de la articulación entre niveles, los testimonios de los profesionales en el municipio de Malvinas Argentinas destacan el rol que desarrollan las trabajadoras sociales en el seguimiento de las familias usuarias. Estas profesionales son –al menos desde la perspectiva de estos actores– las que se encargan de vigilar el tránsito de la población por el sistema, y quienes “artesanalmente” consiguen los turnos en los establecimientos del segundo nivel.

“Las trabajadoras sociales son como las azafatas, es decir, te siguen de acá para allá pero siempre te hacen volver al paciente y que siga atendiéndose con vos...”
(Entrevista a un director de un centro de salud de Malvinas Argentinas, febrero de 2009).

⁶⁰ Ver cuadro 6.6.

⁶¹ Ver cuadro 23 del anexo.

⁶² Ver cuadro 24 del anexo.

Por último, y atendiendo a la utilización de instrumentos formales y específicos de derivación por parte de los equipos de trabajo, observamos que en ambos municipios menos de la mitad de sus profesionales han referido en sus relatos a la utilización del sistema de referencia y contrarreferencia.

En suma, las distintas modalidades, dispositivos y herramientas que despliega cada municipio para garantizar el tránsito de los usuarios por el sistema dan cuenta de las capacidades y niveles de preocupación por asegurar servicios que aborden exitosamente el seguimiento y la continuidad en la atención de la salud de las familias.

VII. A modo de conclusión: semejanzas y diferencias en las apuestas de la política sanitaria local

Si bien las apuestas de la política local en Malvinas Argentinas buscaron garantizar la máxima resolución de las necesidades sanitarias en instituciones bajo la órbita municipal (a través de la creación de servicios de segundo nivel y de alta complejidad y, en segundo lugar, gracias a la ampliación de la oferta de centros de salud), la utilización que hacen los hogares residentes en el partido de los servicios nos refleja un patrón de comportamiento más bien centrífugo, particularmente en algunas especialidades.

Entre los principales hallazgos, podemos resaltar que un significativo porcentaje de población con pobreza estructural no accede al subsistema público, buscando atenderse en el sector privado. Además, fue este grupo quien expresó mayores dificultades para acceder a la atención en el primer nivel.

La ausencia de servicios de emergencia municipales y de mecanismos de otorgamiento de turnos, los acotados horarios de atención y la carencia de profesionales en estos efectores fueron los factores que la población identificó como los más críticos en el acceso a la atención.

Por otra parte, la dificultad para lograr que los centros de salud se conviertan efectivamente en la puerta de entrada al sistema, de acuerdo a los objetivos programáticos de Pueblo Chico, puede explicarse también como consecuencia de la cantidad de prestaciones ofertadas por el segundo nivel, y por el efecto simbólico que alcanza en la población la gran infraestructura hospitalaria desplegada en los últimos años desde el gobierno municipal.

En San Fernando, la política sanitaria local buscó consolidar y fortalecer el primer nivel de atención, a través de un conjunto de iniciativas orientadas a mejorar la accesibilidad de la población a los centros de salud y la eficiencia en

la dinámica de la atención. Realizando un contrapunto con Malvinas Argentinas, el comportamiento de los usuarios en relación con sus consultas en las especialidades básicas de la atención primaria expresan una mayor utilización de los servicios del primer nivel.⁶³

Paralelamente, dispositivos como el sistema de Fonoturno buscaron organizar la demanda de la población y llevar adelante el control y la optimización del uso de los recursos humanos disponibles. Desde los profesionales involucrados en la atención, la modalidad de los turnos (telefónica centralizada) es visualizada, en cambio, como un factor condicionante para garantizar el acceso, aunque la población usuaria lo haya valorado positivamente.

Al igual que lo que sucede en Malvinas Argentinas, el primer nivel brinda prestaciones a familias con características socioeconómicas bien heterogéneas, sin focalizar sobre aquellas que presentan las condiciones de vida más precarias. Sin embargo, aquí sí la población con NBI residente parece tener garantizado su acceso a la atención, al menos en los efectores bajo jurisdicción municipal.

Asimismo, desde la perspectiva de los hogares usuarios, estos establecimientos presentan una oferta variada de prestaciones, destacándose la dotación de servicios odontológicos y la disponibilidad de medicamentos gratuitos.

Por otra parte, el principal desafío de la política sanitaria en este territorio se vincula, desde la perspectiva de sus profesionales, con asegurar la atención de la demanda espontánea y brindar niveles adecuados de calidad en las prestaciones. Estos actores plantean, además, que actualmente en los centros de salud se evidencian dificultades en relación con los recursos humanos disponibles, los cuales se presentan como críticos tanto para la implementación de la política sanitaria en el nivel de los servicios, así como también para asegurar la accesibilidad a la atención.

Centrándonos ahora en la capacidad de articulación de los sistemas en su interior, podemos sostener que ambos partidos expresan una buena *performance* en relación con la continuidad de la atención y a la coordinación entre el primer y segundo nivel; en especial, si se consideran los altos porcentajes de derivaciones hacia especialistas del hospital y de retorno al centro para el seguimiento y el control. Cabe remarcar que en Malvinas Argentinas el municipio no debe articular el tránsito por el sistema con otra jurisdicción, como sucede en el caso de San Fernando.

El municipio de San Fernando ha fortalecido el tránsito de los usuarios entre ambos niveles a través del Sistema de Emergencias San Fernando Salud, y ha

⁶³ Ver comparativamente cuadros 6.3 y 6.4.

formalizado la articulación entre los centros y el hospital mediante la Oficina 5, al tiempo que Malvinas Argentinas ha otorgado a las trabajadoras sociales un papel relevante en dicho objetivo.

Finalmente, las iniciativas vinculadas con el abordaje más territorial de la atención de la salud, como la articulación con otros programas y la utilización de promotores y agentes sanitarios, aparecen como desafíos pendientes de la política sanitaria en los dos municipios. Esto último marcaría un reto –para ambos casos– respecto de aquellos lineamientos de la APS propuestos desde los debates teóricos. Además, permitiría suponer que las actividades vinculadas con la promoción de la salud y la prevención se realizan mayoritariamente puertas adentro de los centros sanitarios del primer nivel, probablemente en las instancias mismas de atención y/o espera dentro del efector.

La proximidad del efector con la comunidad se produce, entonces, hacia y desde el interior del centro. Esto, a su vez, permite a los profesionales desplegar prácticas con un amplio margen de libertad, que pueden otorgar una gran discrecionalidad a las dinámicas de atención y al funcionamiento de los servicios. En este sentido, rescatamos los aportes de Lipsky (1976), quien reivindica la posición crucial de los *burócratas del nivel de la calle* (en este caso médicos, enfermeros, administrativos y trabajadores sociales) para dar lugar a dinámicas y procedimientos que, transformados en rutinas, modifican objetivos y determinan prioridades que pueden ser algo distantes de las visiones desde las cuales fueron enunciadas las normas de atención.

Bibliografía

- Almeida, C. y Macinko, J. (2006): “Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saude (SUS) em Nível Local”. En: *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, Brasília, DF.
- Ariovich, A. (2010): “Análisis de la microimplementación de la política sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas”. Mimeo.
- Belmartino, S. (2008): “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. En: Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Medina, A. y Miraglia, M. (Organizadores), *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*, Instituto del Conurbano/UNGS, www.ungs.edu.ar/publicaciones/ges_loca.html.
- Berman, P. (1978): “El estudio de la macro y la microimplementación”. En: Aguilar

- Villanueva, L. F. (ed.), *La implementación de las Políticas Públicas*. Miguel Ángel Porrúa. México. 2ª ed. 1996.
- Burrone, M.; Fernandez, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Innocenti, P. y Estario, J. (2007): “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”. En: *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, Número 2, 20.
- Céspedes, J. (2000): “Efectos de la reforma de la seguridad social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”. En: *Cad. Saúde Publica*, 18 (4).
- Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Moro, J.; Ariovich, A. y Jimenez, C. (2009): *Accesibilidad en la atención a la salud en el Municipio de San Fernando*, UNGS, Los Polvorines, Buenos Aires. www.ungs.edu.ar/publicaciones/.
- Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010): “La autonomía como dinámica para la conformación y organización del sistema de salud local”. VI Jornadas Internacionales de Estado y Sociedad, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, 9 al 11 de junio.
- Flores, W. (2005): “Equidad y reformas del sector Salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005”. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, Capítulo de las Américas.
- Forti, S. (2009): “La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial.” Intercambio EUROSOCIAL Salud III.
- Gelb Safran, D. (2003): “Defining the future of primary care: what can we learn from patients?”. En: *Annals of Internal Medicine*, 138.
- INDEC (2001): Censo Nacional de Población y Vivienda.
- INDEC (2010): Censo Nacional de Población y Vivienda.
- Jimenez, C. (2010): “Análisis del desempeño de la APS en Malvinas Argentinas”. Mimeo.
- Lipsky, M. (1980): *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, Nueva York, EE. UU.
- Programa de Atención Primaria de la salud, *Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de Salud* (PROAPS-SIPPAPS), Córdoba, Argentina, 2006.
- Rovere, M. (2005): “Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión”. En: *Políticas para la gobernabilidad*. PNUD-Municipalidad de Rosario.
- Tobar, F. (2000): *Herramientas para el análisis del sector salud*. Mimeo.

Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005): “Contribution of primary care to health system and health. En: *The Milbank Quarterly*, 83 (3).

Vega Romero, R. y Carrillo Franco, J. (2006): “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso ‘Salud a su Hogar’ en Bogotá”. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Número 11.

Wallace, S. y Enriquez-Haas, V. (2001): “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (1).

Anexos

Cuadro 1: Usuarios de los efectores municipales (centros de salud) según cobertura de salud, San Fernando, 2008

	Hogares usuarios de los centros	
	Si	No
Con cobertura	30,9%	87,8%
Sin cobertura	68,4%	12,2%
Ns/Nc	0,7%	0%
Total	100% (272)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 2: Usuarios de los efectores municipales (centros de salud) según NBI, San Fernando, 2008

	Hogares usuarios de los centros	
	Si	No
Sin NBI	49,3%	82,3%
Con NBI	50,4%	17,7%
Ns/Nc	0,4%	0%
Total	100% (272)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 3: Usuarios de los efectores municipales (hospitales y centros de salud) según cobertura de salud, Malvinas Argentinas, 2009

	Hogares usuarios de efectores municipales		
	Atención ginecológica/obstetricia	Atención pediátrica	Atención clínica
Con cobertura	36,6%	37,9%	41,2%
Sin cobertura	62,9%	61,5%	58,8%
Ns/Nc	0,6%	0,6%	0%
Total	100,0% (175)	100,0% (169)	100,0% (194)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 4: Usuarios de los efectores municipales (hospitales y centros de salud) según NBI, Malvinas Argentinas, 2009

	Hogares usuarios de efectores municipales		
	Atención ginecológica/obstetricia	Atención pediátrica	Atención clínica
Sin NBI	49,1%	57,4%	46,4%
Con NBI	50,9%	42,6%	53,6%
Ns/Nc	0%	0%	0%
Total	100,0% (175)	100,0% (169)	100,0% (194)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 5: Lugar de consulta habitual para las especialidades básicas según cobertura de salud, San Fernando, 2008

Lugar de consulta habitual	Especialidades básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en adolescencia		Clínico de familia		Atención adul- tos mayores	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
Centro de salud	26,8%	79,1%	22,4%	73,3%	0,9%	1,5%	24,6%	75,2%	0,4%	0%
Hospital público SF	3,9%	4,9%	2,2%	2,4%	0%	1,0%	6,1%	9,2%	0,9%	0,5%
Otro hospital público	2,2%	4,4%	0,4%	1,9%	0,4%	0%	3,1%	6,3%	1,3%	0,5%
Clínica o sanatorio privado	39,0%	4,9%	22,8%	0,5%	1,3%	0%	40,8%	4,9%	5,3%	1,5%
Con- sultorio particular	20,2%	2,9%	10,5%	2,4%	1,8%	0%	17,5%	1,9%	4,8%	1,9%
En su domicilio	0%	0,5%	0%	0,5%	0,9%	0%	0,9%	0%	0,4%	0%
Ns/Nc	4,4%	0%	7,0%	4,4%	1,8%	1,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,5%
No consultó	3,5%	3,4%	34,6%	14,6%	93,0%	96,6%	6,1%	1,9%	86,4%	95,1%
Total	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 6: Lugar de consulta habitual para las especialidades básicas según NBI, San Fernando, 2008

Lugar de consulta habitual	Especialidades básicas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Clínico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Centro de salud	40.5%	70.5%	32.7%	69.3%	36.8%	68.7%
Hospital público SF	4.5%	3.6%	2.6%	1.8%	7.4%	7.2%
Otro hospital público	3.3%	3%	1.5%	0.6%	4.8%	4.2%
Clínica o sanatorio privado	27.9%	14.5%	14.5%	8.4%	29.4%	14.5%
Consultorio particular	18.6%	1.2%	10.4%	0.6%	14.9%	2.4%
En su domicilio	0.4%	0%	0.4%	0%	0.4%	0.6%
Ns/Nc	1.9%	3%	7.4%	3%	1.1%	0%
No consultó	3%	4.2%	30.5%	16.3%	5.2%	2.4%
Total	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 7: Lugar de consulta habitual para las especialidades básicas según cobertura de salud, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar de consulta habitual	Especialidades básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en adolescencia		Clínico de familia		Atención adul- tos mayores	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
Centro de salud	19,7%	47,6%	23,9%	55,5%	0,4%	1,8%	23,9%	56,1%	0,9%	1,2%
Hospital público MA	7,7%	19,5%	3,4%	7,9%	0%	1,2%	10,3%	13,4%	0,9%	1,8%
Otro hospital público	6%	7,9%	4,3%	4,9%	0%	2,4%	7,7%	3%	0,4%	0%
Clínica o sanatorio privado	46,6%	9,1%	30,3%	6,7%	0,9%	0%	43,6%	7,9%	3,4%	0%
Con- sultorio particular	9,4%	7,9%	6,4%	9,8%	0%	0,6%	8,5%	7,9%	1,7%	1,2%
En su domicilio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
En otro lugar	0,4	0,6%	0%	0%	0,4%	0%	0,9%	0%	0,4%	0%
Ns/Nc	2,6%	2,4%	0,4%	1,2%	0%	0%	0%	1,2%	0%	0,6%
No consultó	7,7%	4,9%	31,4%	14%	98,3%	93,9%	5,1%	10,4%	92,3%	95,1%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 8: Lugar de consulta habitual para las especialidades básicas según NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar de consulta habitual	Especialidades básicas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Clínico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Centro de salud	23,9%	41,6%	24,4%	54,8%	30,3%	46,4%
Hospital público MA	14,1%	10,2%	6,4%	3,6%	14,1%	7,8%
Otro hospital público	6%	8,4%	4,7%	4,8%	7,7%	3,6%
Clínica o sanatorio privado	36,3%	23,5%	25,2%	13,9%	32,9%	22,9%
Consultorio particular	11,1%	5,4%	9,8%	4,8%	9%	7,2%
En su domicilio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
En otro lugar	0,9%	0%	0,4%	1,2%	0%	1,2%
Ns/Nc	1,7%	3,6%	0%	0%	0,4%	0,6%
No consultó	6%	7,2%	29,1%	16,9%	5,6%	10,2%
Total	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 9: Última vez que consultó a un especialista según cobertura de salud, San Fernando, 2008

Última consulta	Especialidades básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en adolescencia		Clínico o médico de familia		Atención adultos mayores	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
Menos de un año	70,2%	69,9%	56,6%	76,2%	4,8%	2,4%	79,8%	73,3%	13,6%	3,9%
Más de un año pero menos de dos	8,8%	12,1%	0,4%	2,9%	0,4%	0%	8,3%	13,1%	0%	1,0%
Más de dos años	9,6%	13,6%	0,9%	0,5%	0,9%	0,5%	3,5%	8,7%	0%	0%
No recuerda	7,9%	1,0%	7,5%	5,8%	0,9%	0,5%	2,2%	2,9%	0%	0%
Nunca consultó	3,5%	3,4%	34,6%	14,6%	93,0%	96,6%	6,1%	1,9%	86,4%	95,1%
Total	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 10: Última vez que consultó a un especialista según cobertura de salud, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en adolescencia		Clínico o médico de familia		Especialista en adultos mayores	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
Menos de un año	63,2%	59,1%	66,7%	81,7%	1,7%	3,7%	82,5%	74,4%	8,1%	4,3%
Más de un año pero menos de dos	9,8%	11,6%	1,3%	2,4%	0%	0%	7,3%	6,1%	0,4%	0%
Más de dos años	14,1%	18,9%	0,4%	0,6%	0%	1,8%	4,7%	4,3%	0,4%	0%
No recuerda	5,1%	5,5%	0,9%	1,8%	0%	0%	0,4%	4,9%	91,1%	95,1%
No consultó	7,7%	4,9%	30,8%	13,4%	98,3%	94,5%	5,1%	10,4%	0%	0,6%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 11: Última vez que consultó a un especialista según NBI, San Fernando, 2008

Última consulta	Especialidades básicas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Clínico o médico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Menos de un año	73.6%	65.1%	58.7%	77.7%	79.6%	72.3%
Más de un año pero menos de dos	8.6%	12.7%	1.1%	2.4%	7.4%	15.7%
Más de dos años	10.8%	12.7%	0.7%	0.6%	5.2%	7.2%
No recuerda	4.1%	5.4%	8.9%	3%	2.6%	2.4%
No consultó	3%	4.2%	30.5%	16.3%	5.2%	2.4%
Total	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)	100% (270)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 12: Última vez que consultó a un especialista según NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatria		Especialista en adolescencia		Clínico o médico de familia		Especialista en adultos mayores	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Menos de un año	53,8%	65,2%	71,2%	88,7%	2,9%	2,6%	78,8%	72,2%	5,8%	1,7%
Más de un año pero menos de dos	15,4%	13,0%	2,9%	0,9%	0%	0%	6,7%	7,8%	1%	0%
Más de dos años	19,2%	13,9%	0%	0%	1,0%	1,7%	3,8%	6,1%	0%	0%
No recuerda	4,8%	4,3%	1,0%	0,9%	0%	0%	2,9%	2,6%	0%	0%
No consultó	6,7%	3,5%	25,0%	0,96%	96,2%	95,7%	7,7%	11,3%	93,3%	98,3%
Total	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 13: Lugar que utiliza habitualmente para realizar las consultas, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009

	Centros de salud	Otros efectores
Malvinas Argentinas	54.8 % (219)	45.2 % (181)
San Fernando	63.1 % (275)	36.9 % (161)

Fuente: Encuesta a hogares sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando y Encuesta a hogares sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 14: Utilización de centros de salud en las últimas consultas según NBI, cobertura de salud y zona de residencia, San Fernando, 2008

Características del hogar		Lugar de consulta		Total
		Centro de salud	Otros efectores	
NBI	Si	52,4%	47,6%	100% (164)
	No	28,6%	71,1%	100% (272)
Cobertura	Si	15,8%	84,2%	100% (228)
	No	61,2%	38,8%	100% (206)
Zona*	Z1	9,2%	90,8%	100% (65)
	Z2	37,0%	63,0%	100% (119)
	Z3	45,2%	54,8%	100% (252)

*La zona 3 es la más pobre del municipio, la zona 2 es donde la población presenta una situación socioeconómica intermedia, y la zona 1 es aquella donde las familias experimentan una mejor posición económica.

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 15: Modalidad en la que los hogares buscan ser atendidos en el centro de salud según clima educativo, San Fernando, 2008

Cómo hace para ser atendido en el centro de salud	Clima educativo			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Pide turno personalmente	24,0%	19,3%	6,5%	20,1%
Pide turno telefónicamente	73,6%	78,1%	90,3%	77,4%
Concorre sin turno	0,8%	1,8%	3,2%	1,5%
A través de una persona conocida	1,6%	0,9%	0%	1,1%
Total	100% (128)	100% (113)	100% (31)	100% (272)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 16: Valoración del servicio Fonoturno, San Fernando, 2008

Hogares que utilizan el Fonoturno		
Evaluación del servicio	Muy Bueno	16,5%
	Bueno	62,3%
	Regular	16,5%
	Malo	4,8%
	Total	100% (212)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 17: Motivo de la última consulta a las especialidades básicas en el último año según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Motivo de la última consulta	Especialidades básicas					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Clínico o médico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Por prevención/ control	74,8%	69,3%	49,1%	53,6%	41,5%	34,9%
Por urgencia	4,7%	3,6%	13,2%	13,9%	18,4%	27,7%
Por enfermedad	0,4%	0,6%	4,3%	6,6%	12,4%	8,4%
Por tratamiento continuado	3,4%	3,6%	3%	3,6%	9%	9%
Por enfermedad crónica	1,3%	2,4%	1,7%	2,4%	11,5%	6,6%
Otras	0,9%	4,8%	0%	0,6%	0,4%	1,2%
Ns/Nc	0,9%	1,2%	0,9%	0,6%	0%	0,6%
No consultó	13,7%	14,5%	27,8%	18,7%	6,8%	11,4%
Total	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 18: Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud según clima educativo, cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Características de los hogares		Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud
Clima educativo	Alto	20,9% (46)
	Medio	64,1% (141)
	Bajo	15% (33)
	Total	100% (220)
Cobertura social jefe	Si	43,6% (96)
	No	55,9% (123)
	No sabe	0,5% (1)
	Total	100% (220)
NBI	Sin	47,3% (104)
	Con	52,7% (116)
	Total	100% (220)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 19: Hogares cuyo responsable manifiesta dificultades para acceder al centro de salud según clima educativo, cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Características de los hogares		Manifiestan dificultades para acceder al centro de salud			
		Si	No	Ns/Nc	Total
Clima educativo	Alto	35,5%	62,8%	1,7%	100% (121)
	Medio	46,8%	51,4%	1,8%	100% (220)
	Bajo	50,7%	49,2%	0%	100% (59)
Cobertura social jefe	Si	41,9%	56,8%	1,3%	100% (234)
	No	47,6%	50,6%	1,8%	100% (164)
	No sabe	0%	100%	0%	100% (2)
NBI	Sin	36,3%	61,5%	2,1%	100% (234)
	Con	54,8%	44,6%	0,6%	100% (166)
Total hogares		44% (176)	54,5% (218)	1,5% (6)	100% (400)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 20: Tipo de problemáticas referidas entre quienes manifestaron dificultades para acceder al centro de salud según cobertura de salud, NBI y clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Dificultades para acceder al centro de salud*	Características de los hogares							
	Cobertura social jefe			NBI		Clima educativo		
	Si	No	No sabe	Sin	Con	Alto	Medio	Bajo
La distancia	2%	5,1%	0%	1,2%	5,5%	4,7%	3,9%	0%
La falta de transporte público	11,2%	10,3	0%	5,9%	15,4%	4,7%	14,6%	6,7%
La falta de recursos económicos para trasladarse	5,1%	12,8%	0%	5,9%	11%	2,3%	10,7%	10%
La inseguridad en el trayecto o en el área del centro	21,4%	32,1%	0%	17,6%	34,1%	32,6%	23,3%	26,7%
Los horarios de atención	58,2%	51,3%	0%	49,4%	60,4%	58,1%	50,5%	66,7%
La falta de disponibilidad de turnos	54,1%	67,9%	0%	57,6%	62,6%	60,5%	61,2%	56,7%
La falta de especialistas	55,1%	71,8%	0%	62,4%	62,6%	62,8%	61,2%	66,7%
Los tiempos de espera para ser atendido	53,1%	55,1%	0%	51,8%	56%	53,5%	56,3%	46,7%
Otros	18,4%	28,4%	0%	27,1%	18,7%	23,3%	20,4%	30%

*Los porcentajes expresan respuestas positivas sobre el total de respuestas.

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 21: Servicios que esperan recibir los hogares que se atienden en un centro de salud, San Fernando y Malvinas Argentinas, 2008/2009

Servicios	Hogares que se atienden en centros de salud	
	San Fernando	Malvinas Argentinas
	Si	Si
Vacunación	84,7 %	98,2%
Pediatría	81,8%	94,1%
Atención de adultos	75,6%	85%
Control prenatal	77,5%	86%
Planificación familiar	76,0%	78,2%
En enfermedades sexuales	69,5%	65,9%
Enfermedades epidémicas	61,8%	58,6%
Diabetes	73,5%	69,1%
Salud mental	59,6%	53,6%
Odontología	89,1%	81,4%
Violencia doméstica	79,6%	76,4%
Alcohol/Tabaquismo	75,6%	67,7%
Adicciones	76,4%	65,9%
Alimentación/Nutrición	82,9%	88,2%
Servicio de medicamentos	84,7%	95,5%
Kinesiología	78,9%	60%
Otros servicios	39,6%	30,9%

*Los porcentajes expresan respuestas positivas sobre el total de respuestas.

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando y Encuesta sobre accesibilidad de la salud, UNGS.

Cuadro 22: Hogares cuyos integrantes regresaron al profesional que hizo la derivación a un especialista en el hospital según clima educativo y zona geográfica de residencia, San Fernando, 2008

Regresó al profesional que lo derivó	Clima educativo		Zona de residencia		
	Bajo	Alto	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Siempre	62,1%	65,0%	60,0%	67,5%	62,6%
Nunca	16,7%	10,0%	0%	17,5%	14,1%
A veces	16,7%	20,0%	40,0%	10,0%	19,2%
Ns/Nc	4,5%	5,0%	0%	5,0%	4,0%
Total	100% (66)	100% (20)	100% (5)	100% (40)	100% (99)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Cuadro 23: Hogares cuyos integrantes fueron derivados desde el centro de salud al hospital, según cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Hogares derivados desde el centro de salud al hospital	Total de hogares	Cobertura de salud			NBI	
		Si	No	No sabe	Sin	Con
Si	53,2%	51%	55,3%	0%	51,9%	54,3%
No	46,8%	49%	44,7%	100%	48,1%	45,7%
Total	100% (220)	100% (96)	100% (123)	100% (1)	100% (104)	100% (116)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Cuadro 24: Hogares que asisten a los centros de salud a cuyos integrantes les solicitaron análisis clínicos, radiografías u otros estudios, según cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Hogares a cuyos integrantes les solicitaron análisis*	Total de hogares	Cobertura social del jefe			NBI	
		Si	No	No sabe	Sin	Con
Si	44,6%	41,9%	46,5%	75%	38,6%	50,3%
No	54,3%	57,0%	52,4%	25%	59,4%	49,4%
Ns/Nc	1,1%	1,1%	1,1%	0%	2%	0,2%
Total	100% (840)	100% (365)	100% (471)	100% (4)	100% (409)	100% (431)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, UNGS.

Capítulo 7

Dilemas de la gestión local en salud: aportes de los estudios de caso

Magdalena Chiara (ICO-UNGS)

María Mercedes Di Virgilio (IGG/FCS-UBA)

Javier Moro (ICO-UNGS)

I. Las tensiones de la descentralización en salud: historias en torno a la crisis y su “salida”

El recorrido realizado en este libro pone en evidencia que los municipios del Gran Buenos Aires se han ido consolidando en las últimas décadas como un actor clave en la puesta en marcha y en la implementación de las políticas públicas, en general, y de las políticas sanitarias, en particular. Si bien, tal como muestra Chiara en el capítulo 3 de este libro, la Constitución Provincial y la Ley Orgánica de las Municipalidades le confieren a los municipios un papel limitado en la definición de políticas públicas –acotado fundamentalmente por la ausencia de responsabilidades impositivas por parte de los niveles municipales y su dependencia de la administración central–, los procesos sociales y políticos que se sucedieron a partir de la crisis de 1989, y la descentralización que tuvo lugar en los noventa, fueron generando mayores *grados de libertad* para la actuación de los gobiernos locales. La libertad de acción que los gobiernos locales ganaron en los últimos veinte años se articuló con las características propias de las configuraciones históricas locales. De este modo, los *niveles de autonomía* que las reglas del juego les confieren a los actores –dados fundamentalmente por su capacidad de representación, sus capacidades institucionales, los escenarios

de articulación intergubernamental que organizan, etc.— se articulan con *las marcas* que ha dejado la historia de la constitución de cada uno de los gobiernos locales en la provincia de Buenos Aires. En este punto, las heterogeneidades son evidentes, aun cuando su posición actual en términos de libertad de acción para definir el cauce de las políticas es muy similar.

Los casos analizados en este estudio muestran las heterogeneidades en la formación de las arenas locales: mientras que San Fernando tiene una historia bicentenaria, el municipio de Malvinas Argentinas es un municipio institucionalmente muy joven. A pesar de ello, ambos parecen gozar de altos niveles de autonomía a la hora de definir la orientación de las políticas sanitarias a nivel local. ¿Cuál es, entonces, el papel que esas *marcas históricas* tienen en la definición de los grados de libertad de los que gozan actualmente los municipios en la definición de sus políticas? Tal y como se ha podido observar, dichas marcas parecen definir las coordenadas en las que se generan las capacidades necesarias para zanjear la brecha que inaugura la delegación informal y progresiva de responsabilidades en materia de política pública, en general, y de política sanitaria, en particular, y en las que se resuelve, finalmente, la orientación de la política sanitaria en el nivel local.

Mientras que en San Fernando parece haberse consolidado un modelo prestacional ligado al desarrollo y a la provisión de infraestructuras y equipamientos sociales y urbanos, fuertemente orientado por las demandas históricas de los actores locales; en Malvinas Argentinas, las marcas han impulsado un modelo bastante diferente. Nacido al calor de las reformas de la década de 1990, la institucionalidad de Malvinas Argentinas se ha configurado fundamentalmente merced a la acción del propio gobierno municipal, sin demasiados aportes y/o contrapesos de otros actores locales. En ese marco, dicha institucionalidad parece estar atravesada por la necesidad de (auto) generar condiciones para fortalecer la posición relativa del municipio a escala regional. El modelo sanitario impulsado, orientado a lograr altos niveles de productividad y a obtener recursos propios, ha sido una pieza clave en el posicionamiento del gobierno local en el conjunto de los municipios de la región.

En este marco, la crisis opera como un escenario que potencia y activa la dinámica autonómica de las arenas locales. Este escenario está dominado por el protagonismo de los ejecutivos locales que, si bien se ven obligados a articularse con el gobierno provincial y nacional en pos de la captación de recursos, logran mantener la libertad de acción necesaria para orientarlos en función de una lógica local eficaz —desde el punto de vista de su legitimidad y capacidad de

representación—, con capacidad (en mayor o menor medida) de dar respuesta a los requerimientos y expectativas de la ciudadanía local.

Los grados de libertad de los que gozan los gobiernos locales en la producción de la política sanitaria se vieron favorecidos por la tensión que generó la reaparición del Gobierno nacional en la arena local. La intervención federal en el territorio municipal es una pieza clave para comprender el debilitamiento del gobierno provincial como rector en la implementación de las políticas sanitarias en el territorio vis a vis con el fortalecimiento de los ejecutivos locales como interlocutores del Gobierno nacional y productores de políticas.

II. La política sanitaria en la arena local: agenda, actores y capacidades

El análisis precedente pone en evidencia la importancia que tienen los atributos del contexto, recuperados desde el concepto de “régimen de implementación”, como la trama de condiciones en torno a la cual las estrategias locales se articulan. Sin embargo, y a pesar de su relevancia, estos factores no alcanzan para explicar los rumbos adoptados por la política sanitaria en la arena local.

La pregunta acerca de cómo se transforman en su implementación los programas en el nivel local recorrió parte de la literatura sobre gestión de políticas sociales en la última década. Sin embargo, el recorte de los programas supone la existencia de un conjunto discreto de acciones, instituciones y recursos que se movilizan para alcanzar determinados objetivos, prerequisites que están ausentes en la gestión organizada por servicios.

La aproximación que propusimos en este estudio tuvo como objeto la “política sanitaria” en cuanto conjunto de tomas de posición de los distintos actores en relación con la salud como problema público, en una arena particular como la local. La compleja “canasta” de bienes y servicios que el sector salud supone, la labilidad de su marco institucional en esta provincia y los resultados de la descentralización, justifican esta decisión.

Los casos locales analizados en este libro, Malvinas Argentinas y San Fernando, son evidencia palpable de la fragmentación y la heterogeneidad que caracterizan al subsector público de salud en la región. Resultado de derroteros muy diferentes, expresan formas casi opuestas —en un mismo contexto— de pensar la cuestión sanitaria y de responder a (quizás) los mismos problemas.

Lo que en este libro denominamos las “marcas del origen” configuran las particularidades de la conformación del sector salud en Malvinas Argentinas.

Creado a mediados de la década de los noventa como resultado de la división del ex partido de General Sarmiento, la sucesión de iniciativas y decisiones locales fueron delineando (en los últimos años de la década de los noventa) y profundizando (con posterioridad a la crisis) un sistema sanitario que se acerca notablemente al paradigma de las reformas neoliberales. Mercantilización del acceso de la población con capacidad de pago en los primeros años, y apertura al subsector de la seguridad social en la salida de la crisis, fueron estrategias sucesivas que convivieron (en ambos momentos) con la optimización de los recursos de la coparticipación. En el plano político, la búsqueda de autonomía del gobierno comunal fue el vector que motivó las decisiones que vertebraron la política sanitaria; en una primera instancia, para resolver las derivaciones de la población del partido recientemente creado y, posteriormente, una vez consolidada una importantísima oferta hospitalaria y de complejidad, saltando las fronteras del partido y posicionándose como prestador de referencia para la población con cobertura en la región.

Herederero de una historia bicentenaria, el municipio de San Fernando va forjando altos niveles de autonomía, fundada en el papel activo que sus actores locales han tenido tanto al momento de conformar la red del primer nivel de atención como en el modelado de la demanda hacia el hospital provincial. La radicalidad de la crisis de 2001 y sus consecuencias en la profundización de las demandas hacia los establecimientos de salud, no significaron un cambio de rumbo en la política local; por el contrario, la gravedad de este nuevo contexto confirmó a los actores locales en la decisión de continuar y profundizar la apuesta que se venía desarrollando. Antes y después de la crisis se advierte una concepción de la política sanitaria con pretensiones de universalidad, vinculada a otros dominios de la política local como infraestructura y servicios.

Ahora bien, ¿qué aportes resultan del contrapunto entre estos dos casos tan diferentes? Recuperando las contribuciones de los estudios de política sanitaria, encontramos modos muy distintos de construir modelos sanitarios, bajo condiciones similares del contexto (tanto macroinstitucionalmente como de las condiciones sociosanitarias que los desafiaban). En el plano de la *atención*, mientras el municipio de Malvinas Argentinas desarrolla y fortalece su dotación de camas y complejidad, el municipio de San Fernando hace una apuesta al primer nivel de atención, a mejorar las condiciones de accesibilidad y a trabajar integralmente sobre los determinantes sociales de la salud. Esta oferta tiene como correlato dinámicas muy diferentes de construcción de beneficiarios; mientras en el caso del municipio de San Fernando las acciones en torno al acceso bus-

can hacer efectivo el enunciado de la universalización, la política sanitaria de Malvinas Argentinas construye un tipo distinto de beneficiario, a través de la mercantilización en sus comienzos y, con posterioridad a la crisis, a través del recupero de población con otra cobertura y residente en otros partidos.

En el plano de la *gestión* también se dibujan modelos diversos; adoptando modalidades flexibles de incorporación de recurso humano asociadas a la productividad del sistema (orientaciones caras a la década de los noventa pero semejantes a las que se emplean en la actualidad en el sector privado), en el primer caso, mientras que en San Fernando se busca sostener (no exento de problemas, conflictos y dificultades) la misma modalidad de incorporación de recurso humano que la empleada para el conjunto de los profesionales de la estructura municipal.

El lugar que tiene el *financiamiento* como organizador de cada modelo es, quizás, el plano en que la diferencia se hace más evidente. Mientras que para el municipio de Malvinas Argentinas el financiamiento parece ser una variable independiente, organizadora de las decisiones y sumamente rentable (en el sentido de que le ha permitido alcanzar el financiamiento completo del gasto del sector con recursos derivados de la coparticipación); en el caso de San Fernando, el desarrollo de una política sanitaria, fundada en el desarrollo del primer nivel y orientada a su propia población, exige un esfuerzo mucho mayor de recursos municipales.

La descripción de los contrastes que aporta el análisis de los modelos fue puesta en diálogo en este libro con las contribuciones de los estudios de políticas públicas, buscando entender la lógica política que subyace a su construcción, los factores que hacen a su sostenibilidad y las condiciones para construir caminos alternativos que hagan a la integración del sistema en la región.

Sin lugar a dudas, el modo en que se construye la “cuestión sanitaria” en uno y otro caso es donde mayores diferencias se advierten. Malvinas Argentinas es quizás, en el concierto de los municipios de la región, el caso en el que la política de salud (construida desde la noción de enfermedad) adquiere mayor jerarquía en la agenda local; la contribución de la oferta hospitalaria a la construcción de nuevas centralidades urbanas (aspecto de gran importancia en un partido de reciente creación), el peso de las acciones de salud en las campañas de difusión regulares y en los contextos electorales, la densidad de las articulaciones por fuera del municipio (con obras sociales, con otros municipios vecinos, con el INSSJP/PAMI y con el sector privado) y de las organizaciones regulares del subsector público, y el peso relativo del secretario

de Salud en el gabinete municipal son algunos de los rasgos que evidencian esta jerarquía relativa y la propia autonomía del sector en el concierto de la política municipal. San Fernando es un ejemplo muy diferente en el que la cuestión sanitaria aparece como parte de la política municipal y hasta en un lugar algo subalterno respecto de otros temas de la agenda social: la red de políticas en las que se inscribe, la visibilidad en sus instrumentos de planificación y los esfuerzos por homologar las modalidades de contratación a las del conjunto de los trabajadores profesionales de la municipalidad constituyen evidencias de este modo de incorporación en la agenda de la cuestión sanitaria.

Teniendo en cuenta los incentivos hacia el segundo nivel y la complejidad, presentes en el régimen de coparticipación provincial, no sorprende que uno y otro modelo hayan supuesto esfuerzos financieros desde los recursos municipales tan diferentes. Mientras en Malvinas Argentinas las transferencias de coparticipación en salud alcanzaban, hacia finales del período, para cubrir casi la totalidad de su gasto en salud, en el municipio de San Fernando esa cobertura era alrededor de la cuarta parte, de un presupuesto orientado al primer nivel.

Aun en sus diferencias, los procesos de toma de decisiones que subyacen a estos modelos develan retos que son comunes para la agenda local de la política sanitaria. La “gestión del recurso humano profesional” y la “coordinación asistencial” parecen ser los principales problemas en torno a los que se organizan las principales (difíciles y conflictivas) decisiones de parte de los actores locales. El primer nudo remite a los problemas que enfrentan los gobiernos locales para contar con el recurso humano profesional en los servicios de salud, en particular del primer nivel de atención, y para garantizar el cumplimiento de los contratos de trabajo con salarios que están muy por debajo de los del mercado; mientras que el segundo alude al desafío que supone garantizar la continuidad en la atención de los pacientes a través de la coordinación entre niveles.

En relación con el primer nudo, los modelos analizados hacen recorridos divergentes. Con importantes conflictos con los actores sindicales en sus inicios y conviviendo con las lógicas liberales corporativas en su posterior etapa de consolidación, el municipio de Malvinas Argentinas apela a modalidades precarizadas (semejantes a las empleadas en gran parte de los establecimientos privados) de incorporación del recurso humano, asociadas a la producción de los servicios. Por su parte, el municipio de San Fernando busca mantener homogeneidad en relación con el régimen general de los trabajadores municipi-

pales, aun conviviendo con importantes conflictos con los actores sindicales y serias dificultades para cubrir los cargos y cumplir con las horas profesionales en los centros de salud.

Las iniciativas que se promueven en torno a los retos que supone la continuidad en la atención, buscan resolver el problema desde apuestas que van desde la construcción de un sistema de salud propio, con la totalidad de los niveles de complejidad bajo el gobierno municipal, como es el caso de Malvinas Argentinas, hasta una apuesta a la articulación intergubernamental a través de dispositivos como la oficina de referencia y contrarreferencia en el hospital provincial.

El contrapunto en los casos analizados en este libro, especialmente a partir de la salida de la crisis, muestra que se trata de dilemas en torno a los cuales se organiza la política sanitaria local, que no fueron abordados en toda su complejidad desde las iniciativas promovidas desde la nación y la provincia.

El análisis realizado muestra hasta dónde, bajo condiciones similares del contexto, pueden llegar a diferenciarse los modelos de política sanitaria en las arenas locales. Cabe interrogar, por último, cómo influyó el “entramado de actores” y qué “capacidades estatales” se pusieron en juego en los recorridos realizados en cada contexto local.

Nuevamente, un aspecto común a ambos procesos, y que señalamos como atributo del régimen de implementación, fue el debilitamiento del actor provincial. Este fenómeno parece haber sido condición de posibilidad del surgimiento y consolidación del sistema sanitario en Malvinas Argentinas. Aunque con menos consecuencias, el recorrido realizado por el municipio de San Fernando habla de una imagen desdibujada del actor provincial que explica la articulación directa que establece el municipio y el hospital provincial.

En ambos casos, la continuidad política de los partidos en el gobierno fue facilitador del desarrollo y la consolidación de ambos modelos, al tiempo que le fue confiriendo al municipio un papel protagónico en la arena local. Aún con estas similitudes generales, se advierten diferencias notables en la complejidad del entramado y en la propia configuración del municipio como actor. Mientras en el caso de Malvinas Argentinas la Secretaría de Salud asume un lugar central en el entramado de actores, en San Fernando la presencia del municipio en términos generales (como gobierno municipal, centrado más en la figura del intendente) reviste mayor visibilidad que la propia Secretaría de Desarrollo Social y Salud. La presencia de la Asociación de Profesionales de Centros de Atención Primaria de San Fernando (seccional de la CICOP) en el escenario de

San Fernando contrasta con la ausencia de actores sindicales en el escenario de Malvinas Argentinas; en esta arena, la Secretaría de Salud ganó gobernabilidad sobre los demás actores tanto dentro del subsector público de salud (alineando, muchas veces a pesar de sus voluntades, a actores supralocales) como de la seguridad social y de municipios vecinos. En este sentido, el desplazamiento de los actores gremiales a partir del año 2003 del escenario local parece haber sido crucial para hacer posible el desarrollo del sistema de salud municipal tal como se lo conoce en la actualidad.

Ambos entramados se diferencian también en los modos de articular las relaciones intergubernamentales (tanto horizontales como verticales). Mientras San Fernando construye acuerdos entre el municipio y la dirección del hospital (con escasa mediación en el período analizado de la región sanitaria del Ministerio de Salud), y dispositivos de institucionalización, Malvinas Argentinas sostiene una fuerte tensión con el equipo directivo de la Región Sanitaria V, disputando el rol de articulador regional desde el recurso de poder que deriva de su dotación hospitalaria, en la interlocución con los municipios vecinos, con los ministerios nacional y provincial y con otros actores de la seguridad social.

Si las características de los entramados de actores ayudan a dar cuenta de los márgenes de autonomía y la diversidad de intereses puestos en juego en los distintos contextos, la “capacidad estatal” abona a explicar el sentido que adquiere la arquitectura de la política sanitaria. Concebidas en su doble dimensión, técnico-profesionales y políticas, las capacidades de los actores se ponen en juego relacionalmente en los modos de problematizar, priorizar y construir escenarios. Retomando los atributos de capacidad estatal presentados en el primer capítulo, mientras el recorrido realizado por los actores en San Fernando expresa de manera particular la “coordinación”, la “sostenibilidad” y la “eficiencia”, en Malvinas Argentinas la experiencia muestra, particularmente, la “flexibilidad” para adecuarse a los cambios del contexto y la capacidad de proponer cambios de manera permanente recuperando conceptos e instrumentos caros a las reformas neoliberales. Al menos en los modos como se plantea la política sanitaria, está presente en ambos casos la “legitimidad” (aunque con poblaciones de referencia diferentes) como atributo de capacidad estatal, mientras que la noción de “equidad pertinente” está particularmente presente a través de la importancia que tiene la accesibilidad como tema de agenda de la política sanitaria, y no parece formar parte de las orientaciones de los actores locales en el caso de Malvinas Argentinas, al menos en lo que refiere a la lectura de la política sanitaria en sus enunciaciones e instrumentos.

El análisis de la microimplementación en el nivel de los servicios con el cual finalizamos nuestro análisis pone a prueba estas reflexiones en términos de sus resultados finales.

III. La atención como el “eslabón perdido” de la política sanitaria

El plano de la atención subsume, como ya fue analizado, una gran complejidad y tal vez los aspectos más opacados de la política sanitaria. En esta investigación, el plano de la atención permitió realizar un contraste de los casos que muestran ciertas particularidades no exentas de paradojas. Lo primero, y tal vez más evidente, es que aun bajo un mismo régimen de implementación, tal como lo hemos conceptualizado, que impone ciertas condiciones e incentivos a los municipios del Gran Buenos Aires, son amplios los márgenes locales de configurar una oferta sanitaria “propia”. Más aún, en esta línea de análisis emergen también los vínculos entre la macro y la microimplementación donde cobran relevancia los efectores de los servicios de salud (hospitales y centros de salud). El reconocimiento de un cierto margen de autonomía de esos efectores se produce al interior de espacios de gestión que, en términos de su inscripción social, los preceden y los prefiguran. En el campo de salud, la demanda se ha construido históricamente en íntima relación con la expansión de la oferta, lo que genera un marco relativamente común para las intervenciones, pero a la vez adquiere ciertas especificidades en la proximidad de los servicios territoriales. En tal sentido, algunos elementos comunes bajo modalidades diferentes emergen en el plano de la atención. Así, por ejemplo, el encuadre de la APS impera como la retórica dominante en el primer nivel de atención y, si bien no llega en ninguno de los casos a trasladarse a las prácticas, se instala como un “deber ser” aceptado por los actores del nivel operativo.

En el plano de la atención se pone en juego la cuestión de la accesibilidad de la población a los servicios de salud y en los casos analizados adquiere diferentes formas de problematización y disímiles modalidades de acción (u omisión). En ambos casos se declama la intención de instalar al centro de salud como “puerta de entrada”, sin embargo, el contrapunto –ya mencionado– es que mientras en Malvinas Argentinas la apuesta local prioriza el segundo nivel de atención y la complejidad, en San Fernando las intervenciones locales quedan acotadas al primer nivel y apuestan a la articulación interjurisdiccional para el acceso a la internación y la complejidad. Ahora bien, es en el nivel de la microim-

plementación donde queda expuesta la capacidad estatal efectiva para que los centros de salud funcionen como puertas de entrada al sistema. En tal sentido, los datos analizados en el capítulo precedente muestran una mayor consistencia en la modalidad de San Fernando para ese objetivo, mientras que en Malvinas Argentinas, aun teniendo un programa (Pueblo Chico) para fortalecer al primer nivel como puerta de entrada, la tracción que ejerce el desarrollo de una oferta amplia en el segundo nivel, más la impronta hospitalocéntrica de la demanda, parecen fortalecer ese otro flujo.

La “accesibilidad” también refiere a modalidades más amplias como la disponibilidad de servicios de emergencia, los horarios de atención y la obtención de turnos, entre otros. Allí, llama la atención que en Malvinas Argentinas no hay oferta de servicio de emergencia ni una modalidad (centralizada y/o telefónica) de obtención de turnos. Por su parte, San Fernando presenta un sistema de Fonoturno que es altamente valorado por la población pero genera una fuerte resistencia en los miembros de los equipos de salud que lo consideran como una modalidad de control sobre el personal. De este modo, el municipio que muestra una nueva propuesta para favorecer la accesibilidad, también la enlaza e inscribe a la misma como una política de recursos humanos.

Justamente, la cuestión de los recursos humanos se instala como otro tópico prioritario y conflictivo en el plano de la atención, aunque muchas veces su visibilidad no trasciende a la esfera pública. En este ítem se presenta nuevamente un contrapunto entre ambos casos. Mientras San Fernando mantiene un esquema más tradicional de trabajadores ligados contractualmente por una relación de dependencia laboral, e introdujo el mencionado Fonoturno centralizado como modalidad de control de la agenda cotidiana de los profesionales de cada efector; por su parte, Malvinas Argentinas, presenta un esquema flexible de facturación por consultas (y talleres dentro de los centros) que parece inspirado en las reformas neoliberales de los años 90, pero que se presenta como un incentivo que se instala al nivel de las prácticas y en la lógica de funcionamiento mercantilizado de la profesión médica.

Asimismo, la articulación y coordinación entre los diferentes niveles de complejidad resulta otro aspecto clave para analizar el plano de la atención en los servicios de salud. En ambos casos se verifica una problematización al respecto pero con intervenciones diferentes. En San Fernando se observa nuevamente una instancia centralizada para canalizar las derivaciones, mientras que en Malvinas Argentinas se propone una modalidad de acompañamiento a través de la incorporación de trabajadoras sociales. En este ítem cabe recordar que en

San Fernando la coordinación entre niveles implica una articulación interjurisdiccional; lo que tal vez explica la existencia de una modalidad centralizada.

En términos de resultados, las encuestas (a los responsables de la salud en el nivel de los hogares) aplicadas en ambos municipios muestran niveles de aprobación y valoración positivos para los servicios de salud. Aun así, en el caso de Malvinas Argentinas llama la atención un porcentaje considerable de su población que, aun sin tener cobertura o recursos, recurre al sector privado. Tal vez esto se explica a partir del déficit señalado en cuanto a servicio móvil de emergencia y sistemas de obtención de turnos. El matiz a mencionar en términos de inclusión es que, aun cuando Malvinas Argentinas presenta un “modelo” que parece regirse por el financiamiento como principio organizador, en los servicios de salud no se presentan sesgos en la selección de los beneficiarios ni en las derivaciones a niveles de mayor complejidad. En este punto vale recordar que más allá de lo que analíticamente puede señalarse como un principio que rige la organización de este peculiar modelo local, los efectores y profesionales de la salud mantienen una impronta propia, un legado que constituye a sus prácticas y que da forma (de continuidad en este caso) a los márgenes de autonomía de quienes están en la microimplementación.

De este modo, el plano de la atención presenta cierta autonomía en el análisis, particularmente en el primer nivel, lo que da lugar a algunas continuidades entre los casos que van más allá de las diferencias en las modalidades de financiamiento y de gestión política.

Los autores (*en orden alfabético*)

Ana Ariovich

Licenciada en Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA) y magíster en Sociología Económica del Instituto de Altos Estudios Sociales (UNSAM). Candidata a doctora de la UBA en la Facultad de Ciencias Sociales. Ha participado en distintas investigaciones sobre políticas de salud. Cuenta con distintas publicaciones sobre política de medicamentos y gestión de políticas de salud. Actualmente, es investigadora docente asistente del área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS, y ayudante en la Carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Magdalena Chiara

Antropóloga (UBA) con estudios de posgrado en Sociología Económica y Desarrollo Regional y Urbano (CEPAL, INAP/España). Candidata a doctora de la UBA en la Facultad de Ciencias Sociales. Desde mediados de la década de 1980 ha trabajado en investigación y gestión en problemas y políticas sociales y urbanas en distintos campos. Ha publicado diversos artículos en revistas especializadas y capítulos de libros referidos a las políticas sociales urbanas y a la gestión. Desde 1995 es investigadora docente del Instituto del Conurbano de la UNGS.

María Mercedes Di Virgilio

Socióloga. Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora adjunta del CONICET y del Instituto Gino Germani. En 2009, obtuvo una beca posdoctoral externa del CONICET para desarrollar actividades de investigación en la Universidad de Texas, Austin. Entre 2004 y 2008 coordinó el Área de Estudios Urbanos del Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires. Es profesora adjunta regular de la Facultad de Ciencias Sociales de esa misma casa de estudios. Entre 1997 y 2007 se desempeñó como investigadora docente de la Carrera de Políticas Sociales en el Instituto del Conurbano de la UNGS. Cuenta con numerosas publicaciones sobre políticas públicas y pobreza urbana en Argentina y ha tenido extensa participación en proyectos de investigación y programas de asistencia técnica.

Carlos Jiménez

Licenciado en Política Social (UNGS). Maestrando en Salud Pública del Instituto Juan Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario (tesis en curso). Ha participado en diferentes programas públicos, tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Educación, ambos de la Nación, sobre temas de salud y juventud. Se ha desempeñado como analista y consultor en diferentes centros de estudios vinculados a las políticas públicas (CIPPEC, PLENASSER, CEMUPRO). Ha participado en diferentes investigaciones sobre salud pública y actualmente es investigador docente asistente del área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS.

Javier Moro

Máster en Gobierno y Asuntos Públicos, FLACSO México. Antropólogo (UBA). Candidato a doctor de la UBA en la Facultad de Ciencias Sociales. Actualmente, es investigador docente del Instituto del Conurbano de la UNGS. En la gestión pública desempeñó funciones de coordinación, capacitación y asesoramiento en áreas sociales. Ha sido consultor de organismos regionales: UNICEF Argentina, IIN/OEA y del BID, donde fue profesor para el Programa Nacional en Guatemala del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES/BID). Ha realizado publicaciones sobre políticas públicas y sociales, ciudadanía, género, interculturalidad, infancia y juventud.

La colección Política, políticas y sociedad reúne los textos relacionados con las temáticas de política, política social; economía, sociología, relaciones del trabajo y otros. Todas estas temáticas son abordadas en las investigaciones de la universidad, siempre en vinculación con el desarrollo de nuestra oferta académica y de docencia y en el trabajo con la comunidad.

El sector salud en Argentina padece severos problemas de fragmentación; la organización de sus instituciones en tres subsectores, la convergencia de tres niveles gubernamentales y el derecho de todos los habitantes a la provisión pública de salud son algunos de los rasgos que lo caracterizan.

En un territorio contiguo y desigual como el que conforman los municipios del Gran Buenos Aires, “hacer política sanitaria” se torna particularmente desafiante, habida cuenta de los distintos esquemas de distribución de responsabilidades y funciones que se expresan en cada municipio.

Este libro presenta los resultados de una investigación colectiva que puso el foco en el nivel local buscando dar cuenta de los modos como los actores toman decisiones definiendo beneficiarios, jerarquizando prestaciones y estableciendo condiciones para el acceso a los servicios de salud. Los casos analizados (Malvinas Argentinas y San Fernando) tienen historias diferentes y expresan formas casi opuestas de pensar la cuestión sanitaria y de abordar sus problemas.

El análisis insiste en el carácter estratégico de la arena local en la medida en que el ejercicio efectivo del “derecho a la salud” parece dirimirse en las condiciones de acceso y en las prestaciones que logra definir cada municipio.

